



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de
Gestão de Unidades de Saúde para Obtenção do Grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Adriano Pedro
Co-Orientador: Mestre Francisco Monteiro

GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA NA NEPHROCARE-PORTALEGRE: CONTRIBUTOS PARA A INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Rui Lopes, nº 8392

Junho
2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de
Gestão de Unidades de Saúde para Obtenção do Grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Adriano Pedro

Co-Orientador: Mestre Francisco Monteiro

**GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA NA
NEPHROCARE-PORTALEGRE: CONTRIBUTOS PARA A INTEGRAÇÃO DE
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

Rui Lopes, nº 8392

**Junho
2012**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo e motivação que me deram.

À minha irmã, Ana Lopes, pelo apoio e motivação que me deu.

À Enfermeira Soraia, pela disponibilidade oferecida aquando da realização do estágio na clínica Nephrocare-Portalegre.

Ao Prof. Doutor Adriano Pedro e Mestre Francisco Monteiro, pela disponibilidade e orientação do relatório.

RESUMO

A aprendizagem em contexto de prática clínica, decorre com uma particularidade distinta em relação à aprendizagem formal em sala de aula, uma vez que o contexto social e espacial difere na complexidade de cada uma.

A formação em enfermagem, constitui assim, um papel determinante no crescimento do estudante, conferindo-lhe a possibilidade de afirmação profissional, através da estruturação e consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, permitindo-lhe assim, o desenvolvimento de novas competências técnico-práticas, num contexto de ambiente real.

De forma a fundamentar todo este processo, torna-se necessário recorrer a um planeamento estratégico, racional e estrutural das acções que foram desenvolvidas. Imperatori (1993: 28), afirma que o planeamento da saúde tem como principais fases do seu processo os seguintes aspectos: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos, a preparação da execução e a avaliação.

Um manual de Integração é um elemento facilitador do processo de acolhimento e integração de novos colaboradores numa determinada organização.

Foram reconhecidas melhorias bastante significativas, nomeadamente na estrutura bem organizada e planificação do ensino clínico. Com o Manual de Integração, todos os ensinamentos clínicos a realizar são uniformes, permitindo assim, uma melhoria dos cuidados prestados pelos estudantes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão, Integração, Aprendizagens, Práticas Clínicas.

ABSTRACT

Learning in the context of clinical practice, due to a distinct characteristic in relation to formal learning in the classroom, since the social and spatial context differs in the complexity of each one.

Training for nurses, is thus a decisive role in the growth of the student, giving it the possibility of professional affirmation, by structuring and consolidation of theoretical knowledge acquired in the classroom, allowing you, the development of new technical skills - practices in the context of a real environment.

In order to support this process, it becomes necessary to resort to strategic planning, rational and structural measures that have been developed. Imperatori (1993: 28) states that health planning has as its main stages of the process the following aspects: the diagnosis of the situation, prioritization, selection strategies, developing programs and projects, preparing the implementation and evaluation.

A Manual Integration is a key facilitator of the process of welcoming and integrating new employees in a particular organization.

We recognized very significant improvements, particularly in well-organized structure and planning of clinical teaching. With the Integration Manual, all teaching clinicians to perform are uniform, thus allowing an improvement of care provided by students.

KEYWORDS: Management, Integration, Learning, Clinical Practice.

Índice

	f
INTRODUÇÃO.....	6
1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO/LOCAL DE ESTÁGIO.....	11
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 - GESTÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	14
2.2 - SUPERVISÃO CLÍNICA.....	20
2.3 - APRENDIZAGENS DO ESTUDANTE EM CONTEXTO CLÍNICO.....	30
3 - METODOLOGIA.....	39
3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	40
3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	41
3.3 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	41
3.4 - PLANEAMENTO OPERACIONAL/PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	42
3.5 - AVALIAÇÃO.....	43
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS	
Anexo I - Manual de Integração.....	56

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, propus-me a realizar um relatório das actividades experienciadas num estágio que decorreu na Unidade de Hemodiálise da Fresenius Medical Care – NephroCare-Portalegre, tendo este a duração de 360 horas e decorrido entre as datas de 18 de Abril e 24 de Junho de 2011, em que os objectivos deste mesmo estágio são os seguintes:

- a) Desenvolvimento de competências de análise e de elucidação de problemas complexos;
- b) Capacidade de:
 - Extrair aplicações da teoria, sem ignorar informação contraditória;
 - Resolver problemas numa perspectiva de integração e interdisciplinar;
 - Utilizar conhecimentos teóricos actualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
 - Formular uma opinião independente relativamente a novos desenvolvimentos, baseando-se em conhecimentos ao mais elevado nível;
 - Auto-reflexão e identificação dos pontos fortes e pontos fracos próprios;
 - Efectuar escolhas lógicas, baseadas em pressupostos previamente validados, teórica e metodologicamente;
 - Crítica acerca dos resultados obtidos e dos métodos de solução utilizados;
 - Comunicar as suas conclusões – conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
 - Aquisição independente de conhecimentos;
- c) Desenvolver competências de aprendizagem, que permitam a mesma ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
- d) Capacidade de reflexão sobre, e de encarar os problemas de natureza ética e normativa, e as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

Nos dias que correm, e com a actual conjuntura, também a profissão de Enfermagem e a formação na mesma, sofrem com estes «danos colaterais». As Escolas de Enfermagem e os seus estudantes debatem-se com dificuldades em encontrar locais para o desenvolvimento de práticas clínicas. Como tal, no ano lectivo 2010-2011, foi solicitado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, a possibilidade de alguns dos seus estudantes realizarem o ensino clínico na Unidade de Hemodiálise da Fresenius Medical Care - NephroCare-Portalegre. Sendo esta a primeira vez que assim aconteceu, achei que era necessário preparar, de uma forma organizada, a «recepção» a estes estudantes em ensino clínico.

Como tal, e com a possibilidade de realização de um estágio e desenvolvimento de um posterior relatório, surge assim a escolha por esta opção. Seria então o «momento» e a forma ideal, de pôr em prática os conhecimentos teóricos apreendidos durante as aulas do Curso de Mestrado.

Este estágio é a possibilidade de relacionar os aspectos teóricos e práticos, em que a prática testa a teoria e esta avança com a procura de respostas aos problemas a ela apresentados. Sendo que, também, poderá coincidir com a aprendizagem profissional numa área específica ou generalizada, através do conhecimento e funcionamento do trabalho em ambiente de contexto real.

A integração e supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, são nos dias de hoje, um tema de extrema pertinência, dada a importância que estes dois aspectos podem assumir relativamente ao «crescimento» e desenvolvimento de competências teórico-técnicas por parte dos referidos estudantes. Para tal, a formação destes futuros enfermeiros, passa por um contexto de prática clínica, que implica o envolvimento numa realidade profissional, bem como todos os aspectos inerentes a esta (observação, diagnóstico, técnicas de enfermagem).

Assim, o processo de aprendizagem dos estudantes de enfermagem, está intimamente ligado ao contexto de trabalho profissional, e às experiências decorrentes deste, bem como as reflexões das mesmas. Estas, entre outras etapas, são parte integrante da formação como futuro profissional de enfermagem.

Tendo em conta que a Fresenius Medical Care, não tem por hábito «receber» estudantes de enfermagem para ensino de prática clínica (apenas têm ocorrido «visitas» de observação), considero pertinente agir neste sentido, isto é, organizar e estruturar da melhor forma possível, no sentido de criar as condições necessárias, sem que fique de alguma forma comprometida a formação destes estudantes, no decorrer dos ensinamentos clínicos.

Para ficarmos a perceber um pouco melhor a finalidade deste «projecto», é necessário conhecermos o que é a Fresenius Medical Care, o que representa e desenvolve.

Trata-se de uma empresa Multinacional que visa essencialmente a prestação de cuidados à função renal, mais propriamente, proporcionar uma terapêutica de substituição renal. Encontra-se sediada na Alemanha, mas com ramificações por todo o Mundo.

“A Fresenius Medical Care é a maior empresa verticalmente integrada, a nível mundial, no sector da prestação de serviços e produção de equipamentos e tecnologias para o tratamento da insuficiência renal crónica. Os mais de 25 anos de experiência na indústria posicionam-nos como líder mundial de produtos e serviços de diálise. Os nossos 56.000 colaboradores, dispersos por mais de 100 países nos 5 continentes, estão unidos no compromisso de proporcionar serviços e produtos da mais elevada qualidade, levando as melhores práticas médicas nos cuidados aos Insuficientes Renais Crónicos.

Através de uma rede de cerca de 2.200 Clínicas de Diálise na América do Norte, Europa, América Latina e Ásia-Pacífico, asseguramos tratamentos de diálise a mais de 172.000 pacientes.

Cotada nas Bolsas de Valores de Frankfurt e Nova Iorque, a Fresenius Medical Care posiciona-se entre as 35 maiores empresas alemãs em volume de negócios”. (Fresenius Medical Care).

Como tal, e felizmente para os doentes renais em Portugal, esta Multinacional também se expandiu por cá, com 34 clínicas espalhadas pelo país. Das quais asseguram mais de 650000 tratamentos por ano, a cerca de 4100 doentes insuficientes renais crónicos.

Apresenta-se como o maior operador nacional no sector da diálise, privado e convencionado com o Estado Português, com um volume de negócios superior a 93 milhões de euros por ano. Consequentemente, oferece uma enorme qualidade de instalações e permite empregabilidade a cerca de 2000 pessoas.

Visto tratar-se de uma empresa em que o compromisso com a qualidade é elevado, não poderia descurar desse mesmo, sendo que para isso, e como colaborador desta mesma empresa, proponho-me a intervir para que isso aconteça.

E é aqui que entra a intervenção do enfermeiro de diálise, que assume o papel principal na contribuição para a formação de novos profissionais.

A formação por competências e a reflexão são, na actualidade, os conceitos mais utilizados por investigadores e educadores diversos, os quais salientam sua inesgotável importância na formação do ser/fazer e do agir pedagógico. Assim, destacando o desafio de ser educador numa sociedade que se transforma aceleradamente, faz-se e desfaz-se, e nesse contexto, preconiza-se preparar o enfermeiro-orientador para uma prática reflexiva.

Contudo, a inexistência de um manual de integração para a realização de ensinamentos clínicos de estudantes de enfermagem, suscitou alguma inquietação por parte dos colaboradores (Enfermeiros), aquando da sua contribuição para a formação dos referidos estudantes.

Verificou-se que a completa e total inexistência de um documento que sustentasse uma estrutura devidamente organizada e adaptada à realidade da Nephrocare-Portalegre, poderia causar algum desconforto, tanto no profissional como no estudante, e assim dificultar a melhor relação de interacção entre ambos.

Sabe-se que, um manual de Integração é um elemento facilitador do processo de acolhimento e integração de novos colaboradores numa determinada organização, sendo que neste caso em concreto, visa essencialmente integrar, temporariamente, o estudante no período de tempo decorrente do ensino clínico a realizar.

Como tal, será a ferramenta ideal para a apreensão de todas as informações pertinentes relativas à organização do ponto de vista funcional do local para o desenvolvimento de práticas clínicas, às suas políticas, e à sua estrutura, de forma a facilitar a integração e o envolvimento do estudante, dentro da equipa de Enfermagem, bem como em todas as actividades a desempenhar.

Revela-se assim, de extrema importância, que este manual de integração, esteja perfeitamente em consonância, com as actividades desenvolvidas pelo estudante no local em que realiza o ensino clínico.

Em anexo, surge uma proposta de um Manual de Integração de estudantes de enfermagem na Nephrocare-Portalegre, como complemento do relatório.

A dificuldade de integração/supervisão de estudantes de enfermagem em contexto de prática clínica, é um problema com que se debatem muitas instituições, sejam elas públicas ou privadas.

Tendo em conta esta lacuna também apresentada na NephroCare-Portalegre, este relatório irá ter como bases de desenvolvimento, os seguintes aspectos, que não são mais que os objectivos do mesmo. Assim, como *Tema* surge: - Gestão da prática clínica na NephroCare-Portalegre: Contributos para a integração de estudantes de Enfermagem. Onde os *Objectivos do Relatório* vão estar divididos em *Objectivo Geral*: - Integrar estudantes de enfermagem em prática clínica; e *Objectivos Específicos*: - Disponibilizar informação acerca das principais características do contexto de aprendizagem em que se forma o estudante; - Promover um processo supervisivo que facilite a aquisição de competências inerentes à prática clínica; - Identificar as dimensões da prática clínica mais significativas para a aprendizagem do estudante.

Para melhor compreendermos a organização da temática desenvolvida, foi necessário estruturá-la por diferentes títulos e subtítulos. Começamos pela Caracterização do Serviço/Local de Estágio, que não é mais do que a descrição do mesmo, bem como as actividades desenvolvidas no local. Seguidamente, teremos a Fundamentação Teórica, que tal como indica o nome, vai dar sustentação à temática desenvolvida, encontrando-se dividida pelos seguintes temas: - Gestão e Gestão de Recursos Humanos; Supervisão Clínica e Aprendizagens do Estudante em Contexto Clínico. Posteriormente, surgirão a Metodologia (componente «prática» do tema), e a Discussão dos Resultados sob a forma de reflexão crítica. E como não poderia deixar de ser, terminará com uma breve Conclusão.

De referir que para a elaboração deste relatório, foram aplicadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos, em vigor na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO/LOCAL DE ESTÁGIO

Tal como foi referido anteriormente, o estágio irá decorrer na NephroCare-Portalegre (Clínica de Hemodiálise).

Esta Unidade existe desde 1991 tendo funcionado até 2010 nas instalações do Antigo Sanatório. Porém a necessidade de um espaço que permitisse adequar o tratamento às novas tecnologias desenvolvidas pela empresa, gerou a necessidade urgente da mudança de instalações, e em Março de 2010 procedeu-se à transferência para as novas instalações, sendo que no presente, situam-se na Rua José Maria Ceia nº 10 (zona industrial).

A actual clínica é composta por dois pisos: o rés-do-chão, constituído pela recepção, salas de espera, vários gabinetes, salas de tratamento de hemodiálise, vestiários e casas de banho para utentes, copa, lavandaria, rouparia, armazém, farmácia, casas de banho do pessoal, sala tratamento de águas, sala de produção de solução ácida, zona de despejos /arrumos e preparação de solutos para limpeza, arquivo central e Sala do bastidor – informática; e o 1º andar, constituído por gabinetes de Direcção Clínica, sala de reuniões / formação, sala de despejos e arrumos e vestiários e casas de banho pessoal.

Existem duas Salas de hemodiálise: uma (sala A) destinada a doentes com marcadores virais negativos, e a outra (sala B) a doentes portadores de Vírus C+.

Ambas as salas estão equipadas com monitores 5008. Todos os doentes realizam sessões de hemodiálise com filtros de auto-fluxo e fazem hemodiafiltração online (HDF-online)

A clínica possui uma equipa multidisciplinar constituída por: dois Nefrologistas, um Urologista, Médicos de Clínica Geral, uma Enfermeira Chefe, uma Enfermeira Chefe Adjunta, Enfermeiros Generalistas, Assistente Social, Nutricionista, Diabetologista, Fisioterapeuta, Secretárias Administrativas, Auxiliares de Limpeza, Técnicos de Manutenção e Motoristas das Ambulâncias 111.

Relativamente à organização do trabalho de Enfermagem desenvolvido na prestação de cuidados de diálise, existe uma metodologia de trabalho que tem como princípio o Método do Enfermeiro Responsável. Esta metodologia assenta por base num conceito de cuidados individualizados, em que cada utente/doente tem associado um enfermeiro que possui responsabilidade e é responsável por todos os cuidados prestados, neste caso, durante todo o tratamento de diálise.

A finalidade deste método de trabalho implica a individualização dos cuidados, no sentido de melhoria da qualidade dos mesmos, através da responsabilização na tomada de decisões do Enfermeiro que presta os cuidados directos, e reconhecimento das suas acções.

Costa (2004: 239), citando Dionne; Moussette; Serralheiro; Struelens-Galant, (1987), afirma que,

“o principal objectivo é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade”.

Contudo, o Enfermeiro deve estar verdadeira e devidamente preparado, de forma que as tomadas de decisão, da sua responsabilidade, possam ser descentralizadas, permitindo-lhe assim, a prestação de cuidados com maior autonomia e consequente personalização dos mesmos.

Segundo Costa (2004: 240), citando Pinheiro (1994) e Castledine (1988),

“a decisão está descentralizada, mas a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente preparado para a tomada de decisão, devendo o enfermeiro chefe desenvolver um padrão de cuidados que permita aos enfermeiros assumir uma responsabilidade mais personalizada, cuidando menos clientes, dispensando-lhes cuidados mais coordenados. O foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão activamente, quanto possível”.

Assim, não basta apenas assumir a responsabilidade das acções desenvolvidas, é necessário efectuá-las com a máxima qualidade, sendo que este, é realmente o principal objectivo desta metodologia de trabalho, que o utente/doente, receba os melhores cuidados individualizados e com elevada qualidade. Como tal, a Nephrocare-Portalegre não foge à regra, e apresenta neste mesmo sentido, a possibilidade dos seus utentes/doentes receberem cuidados personalizados e com qualidade máxima.

A organização do trabalho de Enfermagem, centra-se então na distribuição, mais equitativa possível, do número de utentes/doentes pelo número de Enfermeiros de cada turno de tratamentos de diálise. Esta distribuição é efectuada pelas Enfermeiras Chefe e/ou Chefe Adjunta, e a partir daí, cada Enfermeiro realiza todas as acções inerentes a um tratamento de diálise, com responsabilidade decorrente do mesmo.

Assim, as principais funções de um enfermeiro em diálise encontram-se divididas em *Responsabilidades/Autoridades*: - Executar as técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da sua profissão e as normas técnicas em vigor, com o objectivo final de promover os mais altos padrões de prestação de cuidados de saúde aos doentes de hemodiálise na Fresenius Medical Care; - Efectuar a formação de integração de novos Enfermeiros (caso solicitado) e *Principais Tarefas*: - Verificar o estado geral do doente; - Verificar se o material necessário para o turno se encontra disponível, nomeadamente, linhas artério-venosas, agulhas, seringas, soros e fluidos, bem como o processo individual do doente; - Cumprir as prescrições médicas; - Iniciar o tratamento de diálise: verificar o peso e sinais vitais, verificar o estado da máquina de diálise para iniciar tratamento, avaliar o acesso artério-venoso (fístula, prótese, ou catéter venoso central), efectuar punção ou conexão, introduzir dados do doente na máquina e iniciar tratamento de diálise; - Avaliar durante o tratamento, o estado geral do doente e sinais vitais do mesmo, e em caso de complicações, desenvolver acções conducentes à sua resolução; - Ajustar parâmetros da máquina de diálise, sempre que necessário; - Verificar o cumprimento da estratégia de diálise e registar eventuais alterações; - «Desligar» o doente da máquina, assim que cumprido o tratamento; - Verificar se a máquina tem condições para poder vir a ser utilizada no turno seguinte, nomeadamente, ao nível de avarias e respectiva desinfecção; - Verificar e avaliar, no final do tratamento, sinais vitais e peso do doente, e efectuar os respectivos registos de Enfermagem; - Verificar se o doente abandona a sala/clínica sem sinais ou sintomatologia problemática.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - GESTÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

De acordo com os objectivos do relatório, referidos anteriormente, a fundamentação do estudo vai «assentar» sobretudo numa tríade sob a seguinte forma: GESTÃO «=»INTEGRAÇÃO«=»PRÁTICA CLÍNICA.

Muito se fala actualmente de Gestão e da importância que assume no presente. Mas falar e compreender Gestão torna-se também muito difícil, uma vez que não existe um conceito universalmente unânime e concreto. Assim, Gestão pode ser definida como um conjunto de tarefas que procuram garantir a afectação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização, a fim de serem atingidos os objectivos pré-determinados (Nunes, 2006).

Os Hospitais e as restantes Unidades de Saúde, não são mais do que «organizações» que procuram atingir objectivos.

Por outras palavras, cabe à gestão a optimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante e, por essa via, contribuir para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus colaboradores e proprietários e para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular (Nunes, 2006).

Um ponto importante neste tema, será o papel desempenhado pelos «actores», isto é, pelo gestor. Sendo este tratar-se de alguém pertencente à organização e a quem compete a execução das tarefas confiadas à gestão (Nunes, 2006).

Contudo, foi a partir da Revolução Industrial do século XIX, que começaram a emergir os vários conceitos e teorias sobre gestão, com o «contributo» de alguns dos mais históricos e mediáticos autores desta matéria.

Assim, faremos uma breve abordagem daqueles que provavelmente são considerados os que mais influenciaram o conceito de gestão desde o pós-Revolução Industrial até aos dias de hoje, de forma a percebermos como decorreu o processo evolutivo da gestão neste período temporal.

Depois da Revolução Industrial, surge a teoria de Gestão Científica de Frederick Taylor, do início do século XX.

Segundo Cunha *et al* (2005: 22), a designação de Gestão Científica “não acontece por acaso. Procurava-se fazer da gestão uma verdadeira ciência adoptando um método e um rigor capazes de ombrear com os das outras ciências”. Como tal, a gestão teria de evoluir no sentido de acompanhar o crescimento das restantes ciências, “não podia continuar alheada do desenvolvimento científico e tecnológico que caracterizou a viragem do século XIX para o século XX”. (Cunha *et al*, 2005: 22)

Taylor afirmou que o sucesso destes princípios exigia «brainstorming» na parte da gestão e do trabalho, ou seja, em vez de atribuir importância à discussão sobre os lucros, seria mais benéfico encontrar soluções que pudessem trazer um aumento de produtividade. Ao fazê-lo, Taylor acreditava que os parceiros sociais tinham um interesse comum no aumento da produtividade, uma vez que o lucro subiria de tal forma que o trabalho e a gestão deixariam de ser um problema.

De acordo com Cunha *et al* (2005: 22), a gestão científica de Taylor, assenta num conjunto de princípios. São eles os seguintes: “uma crença inabalável utilidade e moralidade do pensamento científico; o axioma de que todas as pessoas são racionais; a suposição de que as pessoas entendem o trabalho como um empreendimento económico”. E que Taylor defendeu também que eram necessários princípios para a organização do trabalho, tais como,

“toda a responsabilidade pela organização do trabalho deve ser transferida do trabalhador para o gestor; devem ser usados métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de realização do trabalho, onde as tarefas devem ser estruturadas de acordo com os resultados deste esforço, sendo especificada ao trabalhador a forma como o trabalho deve ser executado; devem ser seleccionados os melhores trabalhadores para as características do posto; os trabalhadores devem receber treino para poderem fazer o seu trabalho de forma eficiente; o desempenho dos trabalhadores deve ser monitorizado, de modo a garantir que são seguidos os procedimentos correctos e alcançados os resultados previstos.” (Cunha *et al*, 2005: 22)

Aproximadamente no mesmo período de tempo, aparece com o conceito de gestão científica de Taylor, o não menos importante, conceito clássico de gestão, introduzido por Henri Fayol. “Engenheiro de formação e responsável por uma grande empresa, Fayol é muitas vezes equiparado a Taylor como um dos pilares do pensamento administrativo” (Cunha *et al*, 2005: 24).

Henri Fayol é considerado como o fundador da escola clássica da administração, não porque foi o primeiro a investigar o comportamento da gestão, mas porque ele foi o primeiro a sistematizá-la. Fayol acreditava que a prática de boa gestão cai em certos padrões que podem ser identificados e analisados.

Enquanto Taylor preocupou-se essencialmente com *funções organizacionais*, Fayol estava interessado no *total da organização* com foco na gestão da mesma.

Contudo, a principal preocupação de Fayol, recai numa função que considera crucial, a administração, sendo que assim, criou alguns princípios fundamentais de gestão e função administrativa: *Divisão do trabalho* (as formas de organização superior caracterizam-se pela existência de órgãos especializados); *Autoridade-Responsabilidade* (a autoridade deve coexistir com a responsabilidade); *Disciplina* (os empregados devem obediência e conformidade às convenções estabelecidas entre a firma e seus agentes); *Unidade de comando* (para uma acção, um empregado deve receber ordens de apenas um superior); *Unidade de direcção* (para alcançar um objectivo, devem existir um único superior e um único plano de acção); *Subordinação do interesse particular ao interesse geral* (numa empresa, os interesses da firma prevalecem sobre os interesses particulares); *Remuneração do pessoal* (a remuneração deve ser justa e satisfatória, tanto para os empregados como para a empresa); *Centralização* (as decisões devem emanar da gestão); *Hierarquia* (a informação deve percorrer, passo a passo, a hierarquia vigente, sendo respeitado o princípio da unidade de comando); *Ordem* (dois tipos de ordem permitem evitar desperdícios de tempo e material: ordem material, isto é, um lugar para tudo e tudo no seu lugar; ordem social, isto é, um lugar para cada pessoa e cada pessoa no seu lugar); *Equidade* (mais que justiça, deve haver equidade, isto é, a capacidade de interpretação das convenções. Equidade, neste sentido, pode ser entendida como uma combinação de justiça e benevolência); *Estabilidade do pessoal* (a organização deve esforçar-se para reter os seus empregados, limitando-se as mudanças a razões relacionadas com a idade, doença, reforma, ou morte); *Iniciativa* (as pessoas devem ter, de acordo com a sua função, capacidade de conceber e de executar. Uma força maior de uma empresa será a capacidade de combinar a iniciativa dos empregados com a dos gestores).

A capacidade de iniciativa individual poderá mesmo suplantar as dos gestores); e *Espírito de corpo* (defendia Fayol que “existe força na unidade”. Tal unidade é o resultado da harmonia entre os membros de uma organização). (Fonte: Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. Lisboa, 2005).

Mas o principal contributo de Fayol, surge com a definição do papel e funções de um gestor. Segundo o conceito clássico,

“o gestor é definido pelas suas funções no interior da organização: é a pessoa a quem compete a interpretação dos objectivos propostos pela organização e actuar, através do planeamento, da organização, da liderança ou direcção e do controlo, afim de atingir os referidos objectivos” (Cunha *et al*, 2005: 25).

Daqui conclui-se que,

“o gestor é alguém que desenvolve os planos estratégicos e operacionais que julga mais eficazes para atingir os objectivos propostos, concebe as estruturas e estabelece as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementa e coordena a execução dos planos através de um determinado tipo de liderança e de controlo” (Cunha *et al*, 2005: 25).

Também aqui, o Enfermeiro já começou a assumir um papel importante e determinante para o melhor funcionamento das organizações, rentabilização de recursos, potenciando e maximizando-os, numa perspectiva de continuidade e melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Mais tarde, cerca da década de 40, e após o conceito clássico de Fayol, são introduzidas novas ideias sobre gestão através do sociólogo alemão Max Weber.

Weber defendia que era necessário criar uma regulamentação cuidadosa e controlada de todas as actividades desenvolvidas numa determinada empresa, onde a organização burocrática assumia um papel fundamental. Assim, num período onde imperava o capitalismo, desenvolveu uma teoria de gestão burocrática, que assentava essencialmente num pressuposto de hierarquização orientada por regulamentos bem definidos e linhas de autoridade. Acreditava também, que a competência técnica deveria ser enfatizada por avaliações de desempenho.

Para este sociólogo, o ideal de organização burocrática, passava fundamentalmente por traçar actividades e objectivos racionalmente pensados, orientando o trabalho nesse sentido. Visava o melhoramento do desempenho produtivo das organizações.

Segundo Cunha *et al* (2005: 26), a teoria burocrática de Weber, pode definir-se por características distintas:

“*Natureza da autoridade* (assente na capacidade profissional para avaliar códigos abstractos e racionalizados); *Procedimentos* (exercício impessoal apoiado em regras e procedimentos escritos; e *Relação de emprego* (o emprego burocrático como uma carreira de trabalho a tempo inteiro, trabalho separado da vida privada e compensação salarial).”

Todavia, os conceitos de gestão evoluíram, e hoje “a disciplina da gestão tornou possível um mundo em que as organizações fazem parte das nossas vidas e em que as damos por certas” (Magretta, 2002: 18).

No entanto, actualmente, a gestão começa a ser alvo de críticas outrora inexistentes, sendo considerada como “a menos bem compreendida das profissões que moldam a vida moderna. A visão cínica é a de que herdámos uma sociedade de organizações, portanto precisamos da gestão para podermos geri-las” (Magretta, 2002: 18). Com a «nova» gestão, o trabalho tenderá a tornar-se cada vez mais especializado e complexo, e não o contrário. Portanto, “a gestão irá desempenhar um papel cada vez mais importante nas nossas vidas”, através da reestruturação das empresas, onde “a gestão não tem a ver apenas com ocupar uma posição privilegiada na cadeia de comando. O verdadeiro saber da gestão consiste em transformar a complexidade e a especialização em desempenho” (Magretta, 2002: 19).

Com toda a conjuntura actual, todas as organizações, incluindo as de saúde, sofrem com esta afectação, em que é exigido maior iniciativa e responsabilidade dos indivíduos integrantes das mesmas. É neste sentido que caminha a gestão dos nossos dias, para uma consciencialização de que todos os colaboradores têm de pensar como gestores, e assim, “que todos precisamos de uma compreensão operacional sobre o que é a disciplina de gestão” (Magretta, 2002: 20).

Inerente ao conceito de Gestão, no contexto da profissão de Enfermagem, surge também, e não menos importante, a Gestão de Recursos Humanos, que não é mais do que estabelecer, através das funções tradicionais de uma organização, com a missão de criar um sistema que rege as relações entre os seus colaboradores, para melhor definição e adequação das funções que cada um desempenha, e estabelecer a integração de novos colaboradores.

“Os Recursos Humanos são um dos cinco “recursos básicos” de uma organização, conjuntamente com os recursos materiais, financeiros, comerciais e administrativos. Estes recursos, à excepção dos administrativos que incluem todos os sistemas de tomada de decisões e de comando da organização, requerem complexos processos de gestão”. (Chiavenato, 1987)

Assim sendo pode definir-se Gestão de Recursos Humanos como o conjunto de acções conduzidas pela função de Recursos Humanos, estrutura responsável pela componente administrativa de pessoal, pelas relações sociais e pela operacionalização das políticas de recursos humanos partilhadas com a hierarquia, com o propósito de alcançar determinados objectivos.

A actuação da Gestão de Recursos Humanos tem influência a Quatro Níveis distintos: Social – contribui para o bem-estar social, respondendo às necessidades e desafios da comunidade; Organizacional – gere pessoas como meio de atingir os objectivos da própria organização que garantem a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento; Funcional – promove uma articulação de funções que maximiza o aproveitamento do potencial individual; Individual – auxilia as pessoas na obtenção dos seus objectivos individuais e no alcance da satisfação.

Os objectivos da Gestão de Recursos Humanos podem resumir-se em Quatro Dimensões gerais: Intermediar a relação entre Empresa e Empregados; Diminuir a ocorrência e as consequências de conflitos internos; Optimizar a eficiência da intervenção humana nos processos; Atrair, reter e desenvolver as melhores pessoas.

Inerente aos níveis e dimensões da Gestão de Recursos Humanos, surgem algumas finalidades específicas, como o Planeamento (antecipar as necessidades e antecipar os excessos de Recursos Humanos), a Obtenção (recrutar e seleccionar Recursos Humanos), Aplicação (descrever conteúdos funcionais e afectar pessoas às tarefas), Manutenção (gerir sistema de remunerações e de incentivos, promover boas condições de trabalho), Desenvolvimento (promoção de cursos de formação, apoiar acções de desenvolvimento pessoal e organizar planos de carreira) e Controlo (acompanhar e avaliar o desempenho).

A gestão de recursos humanos consiste em planear, organizar, desenvolver, coordenar e controlar técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permite às pessoas, que com ela colaboram, alcançar os objectivos individuais relacionados directa ou indirectamente com o trabalho. Neste sentido, as políticas de recursos humanos são um conjunto de princípios e regras, que orientam as decisões e conduzem as diferentes actividades da organização relativamente aos recursos humanos.

Num período em que muito se fala de temas como a importância da rentabilização de recursos humanos, e da eficácia e eficiência dos mesmos, a profissão de enfermagem vê-se hoje «obrigada» a acompanhar a evolução e redefinição destes conceitos.

Perante esta profunda mudança de paradigma no exercício profissional da enfermagem, resulta nas expectativas existentes nas organizações de saúde, acerca do modo como os profissionais desta área desempenham os seus papéis.

É cada vez mais exigido aos profissionais um planeamento estratégico das suas acções, na busca de uma melhoria da rentabilização de recursos aquando da prestação de cuidados, tornando-se imperioso a aquisição de um novo perfil de competências requerido aos “novos” profissionais de enfermagem.

2.2 - SUPERVISÃO CLÍNICA

A formação em contexto clínico ocorre num contexto social muito complexo, pois os contextos de saúde não são homogéneos, mas antes pelo contrário, cada unidade de saúde apresenta características e uma cultura organizacional específicas. Sendo assim, as estratégias supervisivas devem reflectir a especificidade de cada unidade, não sendo possível adoptar um modelo único de supervisão.

As estratégias de supervisão deverão ser diversificadas de forma a terem em conta os diversos estilos de aprendizagem que os estudantes possam apresentar, uma vez que o papel do supervisor clínico é constituir-se como um facilitador da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico.

A relação supervisiva constitui um suporte e um factor mediador para as aprendizagens em contexto clínico, mas para isso cabe ao supervisor “respeitar a individualidade do formando e criar situações de aprendizagem que incluam conteúdos considerados relevantes mas que também considerem os estilos próprios de aprendizagem” (Abreu, 2007: 165-166).

A concretização de aprendizagens significativas em contexto clínico requer interacções sociais eficazes entre os diversos actores no processo de ensino-aprendizagem, nomeadamente entre formador e formando.

Nesta medida, tal como foi referido anteriormente, a integração de novos colaboradores, neste caso, associado aos estudantes de enfermagem em práticas clínicas, é um ponto fulcral para aquisição e manutenção da qualidade dos cuidados prestados, ou seja, quanto melhor for a integração, melhor poderá ser a percepção dos estudantes relativamente ao contexto em que estão inseridos. Assim, integração não é mais do que um meio para atingir um fim.

No âmbito da profissão de Enfermagem, passa essencialmente por uma forma de inserir os estudantes não só nas equipas multidisciplinares, mas principalmente na equipa de Enfermagem, levando-os ao «envolvimento» com os membros integrantes, estabelecendo «relações» que lhes permitam uma aproximação das competências teórico-práticas, com vista a facilitar uma futura inserção no mundo do trabalho profissional, aquando do ingresso numa determinada organização.

A sociedade actual vivencia um vasto conjunto de transformações, com um profundo impacto nas organizações, nomeadamente nas organizações de saúde. Para as Escolas de Enfermagem ou de Saúde, responsáveis pela formação de enfermeiros, torna-se necessário formar profissionais de saúde preparados para lidar com estas novas realidades. Neste sentido, Ferguson e Day (2007) sublinham que os novos profissionais, para terem sucesso, devem ser preparados para mobilizar e gerir um volume significativo de informação, construir o seu próprio percurso profissional e trabalhar no sentido da eficiência e promoção de cuidados seguros e de qualidade.

A formação em enfermagem, constitui assim, um papel determinante no crescimento do estudante, conferindo-lhe a possibilidade de afirmação profissional, através da estruturação e consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, permitindo-lhe assim, o desenvolvimento de novas competências técnico-práticas, num contexto de ambiente real.

Com o constante processo evolutivo generalizado, também a enfermagem, directa ou indirectamente, acompanha a afectação dessas mudanças. Na procura de conquistar o seu próprio espaço sócio-cultural e demarcação profissional, surge como emergente, revelar uma identidade criada e vincada na sociedade actual, com a capacidade de aumentar a visibilidade e autonomia funcional. Assim, “a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão” (Abreu, 2003: 149).

Ainda assim, revela-se importante perceber a relação que o processo de formação articula com a profissão, uma vez que “a articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas” (Canário, 2003: 130).

Como tal, e de acordo com a citação anterior, aquando da formação em contexto real de trabalho, todas as dimensões referidas demonstram ser pertinentes no processo evolutivo do estudante durante o decorrer do ensino de prática clínica.

Inserir o estudante num contexto real de trabalho, não é mais que proporcionar-lhe no local, um espaço de potencialização e desenvolvimento de conhecimentos e competências já adquiridas a nível teórico, mas agora com a possibilidade de interacção sócio-profissional, para os pôr em prática a nível técnico.

No contexto de trabalho, enquanto local de uma prática vivida e reflectida, e enquanto local de interacção social, “as transformações no mundo do trabalho tornam hoje possível conceptualizar o trabalho simultaneamente como razão técnica, razão organizacional e razão cognitiva” (Correia, 2003: 34), pois assim, torna-se viável

“a combinação de vários elementos, entre os quais, técnicos e organizacionais, que pela sua complexidade e exigência de competências múltiplas se pode tornar por si produtor de competências, na medida em que desencadeia processos de explicitação, intelectualização e de formalização que produzem novas representações antecipadoras e retrospectivas” (Monteiro, 2009: 37).

Num contexto de trabalho em saúde, impõe-se naturalmente, nos profissionais da área um alto grau de tensão que envolve toda a equipa. Inúmeras pessoas que completam a equipa multidisciplinar a interagirem entre si e a revelarem as consequências dessa interacção, onde sobressaem os mais diversos sentimentos, desde queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor e morte, que constituem o quotidiano da maioria desses profissionais e, em particular, dos enfermeiros. É também neste cenário, que o estudante de enfermagem depara-se e começa a reconhecer o meio onde se encontra inserido, e onde muitas vezes poderá ver-se confrontado com esta realidade directamente.

Para o estudante de enfermagem, o ensino clínico reveste-se de grande importância para a aquisição/desenvolvimento de capacidades/competências para a prática de enfermagem, visto que se pode entender o ensino clínico como “um espaço e um tempo privilegiado de formação profissional onde os diversos actores *agem* e são *agidos* e os seus diferentes saberes intercorrem numa relação dialéctica no cenário formativo e socializador do contexto de trabalho” (Vidinha et al, 2007: 5-6).

Em consequência destas interacções, o estudante de enfermagem encontra novas competências a serem apreendidas, isto é, passa também a contactar com os diferentes tipos de liderança e hierarquia existente no contexto de trabalho onde estão envolvidos, bem como as expectativas dos mesmos.

Inerente aos aspectos referidos anteriormente, acresce inevitavelmente, o acumular de outras competências não menos importantes, tais como as relações interpessoais entre colegas, relações terapêuticas e de humanização com os doentes na prestação de cuidados directos, que vão sendo reconhecidas, geridas e desenvolvidas, de acordo com as expectativas do próprio estudante e do meio em que se encontra inserido.

A formação em contexto clínico envolve não só a dimensão de socialização, mas também a aquisição de outras competências, nomeadamente o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas (Silva e Silva, 2004).

Pode afirmar-se então, que o melhor envolvimento por parte do estudante em contexto de prática clínica, torna-se directamente proporcional a uma melhor formação individual, podendo tornar-se determinante no sucesso final.

“A formação em enfermagem teve desde sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão” (d'Espiney, 2003: 171).

Na formação inicial em enfermagem, ocorre um processo de interligação entre as componentes teóricas e práticas, isto é, depois do processo formativo de aquisição de conhecimentos em ambiente escolar, privilegia-se posteriormente, os momentos de aquisição de conhecimentos práticos em ambiente de prestação de cuidados de uma determinada organização de saúde.

“Desta forma é impossível dissociar a formação inicial de enfermeiros do contexto de trabalho, perspectivando-se como início de um processo de formação ao longo da vida, assumindo vital importância a cooperação e articulação entre a organização escola e a instituição de saúde, ambas com racionalidades e lógicas distintas mas capazes de trabalhar em parceria” (Monteiro, 2009: 12).

A formação prática em contexto de trabalho, assume um papel de relevo no desenvolvimento de novas competências, pela aquisição de conhecimentos técnico-científicos, aptidões, destreza técnica, sempre acompanhado da componente psicológica inerente, como as percepções, atitudes e consciencialização das mesmas. Releva-se então de extrema importância para o estudante de enfermagem, a possibilidade de evoluir num espaço privilegiado, onde uma determinada organização de saúde lhes permite o crescimento nesse sentido.

Contudo, nem só de um espaço físico, pode o estudante «sobreviver». Existe uma clara necessidade de um acompanhamento efectivo no local, de um docente e/ou profissional, nas actividades a desenvolver nas organizações de saúde.

O processo formativo implica uma articulação eficiente entre os que nele podem influenciar, isto é, o docente, o enfermeiro e o próprio estudante. São estes últimos, os verdadeiros responsáveis por todo este processo, onde é necessário a colaboração individual e específica no papel que cada um desempenha, para controlar e potencializar os factores envolventes do desenvolvimento de competências em prática clínica, tais como, a integração, as dúvidas e problemáticas decorrentes das actividades práticas.

Desta forma, a contribuição e o envolvimento dos actores referidos anteriormente, torna-se fundamental no processo de formação individual e construção de uma identidade profissional do estudante.

Mas para que os estudantes de enfermagem consigam adquirir/desenvolver essas competências, há que lhes proporcionar, nos contextos clínicos, o acompanhamento supervisivo adequado no decorrer das actividades de prática clínica, isto é, disponibilizar-lhes um sistema de acompanhamento específico quer por parte do docente da escola, quer por parte dos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade nas organizações de saúde onde os estudantes realizam os seus ensinamentos clínicos, capaz de corresponder às necessidades e expectativas destes.

Um acompanhamento personalizado e específico, é fundamental para a construção da sua identidade como futuro profissional.

Abreu (2007), sublinha o facto de o supervisor ou tutor, apesar de saber que cada contexto de relação tem a sua especificidade, ao abordar a relação supervisiva numa perspectiva ecológica traz-lhe vantagens significativas, pois permite-lhe determinar o grau de intervenção no processo de ajuda. Nesse sentido, Abreu (2007) enumera várias atitudes que o supervisor ou tutor deve assumir enquanto formador:

- Facilitar as interações com os pares;
- Promover uma identidade positiva para si (para o formando), facilitando o processo de afirmação;
- Ajudar o formando a definir o seu quadro de valores, com respeito pelos aspectos éticos e deontológicos previstos para a profissão;
- Assumir-se como “modelo” para o aluno, através do qual se possa facilitar a adesão psicológica à profissão;
- Desenvolver uma atitude de justiça no que se refere à análise das experiências de aprendizagem;

- Apelar para o aprofundamento do domínio da linguagem profissional, com base em patamares progressivos de domínio científico e relacional;
- Ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica;
- Apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua;
- Detectar situações de isolamento ou de sofrimento psicológico com potencial negativo para a aprendizagem;

- Seleccionar o grau de intervenção respeitando o princípio da autonomização e responsabilizações crescentes;
- Demonstrar empatia, paciência, compreensão e disponibilidade para dialogar e analisar problemas nas esferas pessoal e profissional;
- Identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e as correspondentes atitudes, que requerem intervenções distintas por parte do supervisor ou tutor.

Abreu (2007) refere que para Holloway (1995), a relação é a dimensão mais dinâmica da supervisão.

Hawkins e Shohet (1989) conceberam um modelo que presta uma atenção significativa ao processo de relação, no qual identificaram quatro componentes principais: supervisor, supervisionado, utente e contexto. Estes autores identificaram ainda duas dimensões no processo de supervisão: a dimensão terapêutica que envolve o supervisionado e o utente, e a dimensão supervisiva que envolve o supervisor e o supervisionado. As duas dimensões implicam o exercício de competências de ordem relacional e didáctica, bem como a partilha de objectivos e estratégias de intervenção.

Abreu (2007), reportando-se ao estudo de Hart e Rotem (1994), no qual analisaram o contexto em que decorre o processo de supervisão dos estudantes em contexto clínico, sublinha que estes referem que os estudantes desenvolvem normalmente boas relações com os profissionais dos serviços onde se realizam os ensinamentos clínicos e, para o seu bem-estar e aprendizagem, consideram haver a necessidade de reconhecer os seus sucessos na relação com os utentes.

Dunn e Hansford (1997), citando Sellek (1982), consideram que as relações interpessoais que se estabelecem entre os vários participantes em contexto clínico são essenciais para o desenvolvimento de um ambiente positivo e para a satisfação dos estudantes, os quais por sua vez facilitam a aprendizagem.

Abreu (2003) preconiza que a reflexão é uma competência essencial e implícita na prática profissional de enfermagem, pelo que deve ser trabalhada a nível da supervisão. Podemos assim dizer que a reflexão se constitui como uma dimensão estruturante nas estratégias supervisivas, pois “cada vez mais se evoca a necessidade de formar profissionais reflexivos, capazes de compreender o seu exercício profissional, não como uma acção isolada, mas englobada numa cadeia que mobiliza diversos meios e saberes e implica diferentes actores” (Pereira, 2008: 76).

Abreu (2007) refere que Johns (1993, 2000) desenvolveu um modelo reflexivo de supervisão profissional, no qual descreve a prática reflexiva como um modelo cognitivo de resolução de problemas, que interroga a visão imediata da prática e a reflexão sobre a realidade, traduzindo-se por uma forma de reflexão holística que permite desenvolver o conhecimento adquirido.

Wright (1989) considera a reflexão o principal suporte para a supervisão. A ênfase na supervisão clínica tem efeitos educativos, normativos e restaurativos.

Proctor (1991), embora remetendo-se à supervisão dos profissionais, defende que a supervisão clínica deve compreender três funções principais: normativa, formativa e restaurativa. A função normativa refere-se ao conjunto de iniciativas com o intuito de promover a qualidade dos cuidados e a redução de riscos. A função formativa relaciona-se com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. A função restaurativa concebe o suporte necessário para que o supervisionado se adapte ao conjunto de situações geradoras de stress, provenientes dos diversos contextos envolventes.

Em virtude do referido acompanhamento, está intimamente ligada a integração do estudante. Trata-se de um foco essencial para que a inserção numa equipa de enfermagem e multidisciplinar, surja com a devida naturalidade.

A integração de estudantes de enfermagem acresce a responsabilidade no respectivo enfermeiro orientador, não só na transmissão de conhecimentos teóricos, mas também e sobretudo técnicos, uma vez que estes estudantes encontram-se em contexto de prática clínica.

Nessa perspectiva e tendo por base que supervisão é “o processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (Franco, 2000: 33), poder-se-á dizer então que esse acompanhamento traduz-se numa relação supervisiva que está intimamente ligada ao desenvolvimento da profissionalidade do estudante de enfermagem.

É aqui que a supervisão, efectuada pelo enfermeiro orientador, assume um papel determinante, funcionando como catalisador no decorrer do desenvolvimento em que “ a qualidade da supervisão disponibilizada aos alunos é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional” (Pires *Et all*, 2004).

“O contexto de formação deverá basear-se numa prática reflexiva, visando o desenvolvimento de competências que permitam praticar as actividades profissionais de forma adequada, interagindo de forma convergente face ao objectivo traçado. O desenrolar destes processos de formação requer determinadas condições, destacando-se uma inter-relação dinâmica entre actores intervenientes, fundamentada nas dimensões afectivas da prática desenvolvida” (Monteiro, 2009: 55).

Na prática da supervisão existem estruturas e modelos que melhor descrevem a sua realidade, isto é, um conjunto de sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de cada um e de todos os intervenientes.

Todos os modelos existentes acerca deste assunto permitem-nos fazer uma determinada leitura da realidade prática da supervisão, sendo que cada um deles e todos eles realçam premissas que se complementam e facilitam a construção de caminhos próprios.

Garmston (2002), refere-se a três categorias de modelos: modelos técnicos-didáticos; modelos artísticos-humanistas e modelos de desenvolvimental-reflexivos.

Alarcão e Tavares (2003), por sua vez falam-nos em nove cenários de supervisão: imitação artesanal; aprendizagem pela descoberta guiada; behaviorista; clínico; psicopedagógico; pessoalista; reflexivo; ecológico e cenário dialógico. No entanto os autores alertam que todos estes cenários mais virtuais que reais não devem ser entendidos como compartimentos estanques que se excluem mutuamente na medida em que poderão coexistir em simultâneo vários destes processos.

A estes nove cenários subjazem diferentes concepções relativas a: relação entre teoria e a prática; formação e investigação; noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes; papéis do supervisor ou professor; noções de educação e de formação de professores ou supervisores; assunção da escola como centro de formação ou como mera estação de serviço à formação.

A destacar o cenário reflexivo, sendo que este é provavelmente o que mais se aproxima à enfermagem da actualidade, num contexto de desenvolvimento pessoal e profissional, onde a reflexão é uma componente a ter em conta. Reflectir sobre a acção e na acção, aprender fazendo e reflectindo sobre essas mesmas acções.

A prática reflexiva é uma óptima ferramenta na consolidação de conhecimentos. Através da consciência e racionalidade de crítica pessoal das acções, permite-se evoluir no sentido de uma construção do saber individual.

Cabe então ao supervisor clínico, encorajar o estudante a reflectir sobre as suas acções, no sentido deste perceber os benefícios desta prática, e assim conseguir desenvolver capacidades para uma reflexão própria.

É ainda nesta temática de cenários de supervisão que Sá Chaves (2002), entrando em linha de conta com o supervisor como uma pessoa adulta em presença de um outro adulto, que tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem. Devendo considerar as experiências passadas, os sentimentos, percepções e capacidades de auto-reflexão.

Trata-se de um processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta alguém no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. A supervisão visa o desenvolvimento de competências no estudante e deve promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do seu desempenho.

A importância da reflexão crítica em enfermagem, e das diferenças relacionais e interactivas da dimensão teórica e da realidade prática, torna necessário criar uma melhor articulação dos saberes teóricos e práticos, para que produzam novos conhecimentos e competências essenciais para a construção de uma identidade profissional. Esta exigência que se coloca hoje ao enfermeiro “obriga-o, permanentemente, a recontextualizar e a fazer apelo a saberes anteriores, mas recriando-os” (Canário, 2007: 183).

Cabe ao profissional ajudar o estudante a compreender a realidade, através da componente prática e a tudo o que está inerente a esta, em que a observação e reflexão por parte do estudante possam também levá-lo a uma construção activa do seu conhecimento através da acção. O enfermeiro orientador deve proporcionar estas condições, fazendo um acompanhamento de perto, com uma observação crítica. A supervisão “deverá ser percebida como um processo em que o profissional experiente sustenta, orienta, ajuda a reflectir e aconselha um estudante, na construção do seu conhecimento, tendo em linha de conta a ecologia das situações” (Pires *Et all*, 2004).

“O tutor deverá funcionar como suporte das experiências dos alunos em ensino clínico, auxiliando-os a compreender a realidade dos contextos onde estão inseridos, bem como auxiliando-os a gerir as emoções que vão experimentando e a relacionar as práticas que observam ou executam com os conhecimentos teóricos apreendidos anteriormente” (Monteiro, 2009: 14).

É nestes pressupostos que assenta a influência do enfermeiro orientador. Segundo Cottrell (2000),

“a função do supervisor clínico em Enfermagem consiste em sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisandos, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos”.

Contudo, é através da cooperação multidisciplinar e respectivas trocas de experiências, que o estudante, privilegiado pelo espaço de prática clínica, deverá «aproveitar» para desenvolver novas competências e autonomia para a construção da sua identidade profissional, tendo como base os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula.

Mas nem toda a responsabilidade da formação do estudante pode «cair em cima» do profissional. Quero dizer com isto que o supervisor clínico deve ter um papel estimulador do estudante, proporcionando-lhe as melhores condições e oportunidades, contudo, deverá partir deste último, uma atitude de dinâmica e iniciativa para que a construção da identidade profissional também seja da sua responsabilidade. Para que tal aconteça, é necessário que o estudante observe, experimente e reflecta sobre estas vivências e as acções dos restantes profissionais. A partir daqui, deverá iniciar uma selecção das acções que considera mais «correcto» e mais significativo nas suas aprendizagens, uma vez que o «excesso» de informação e o inevitável contacto com os restantes profissionais assim o obriga.

2.3 - APRENDIZAGENS DO ESTUDANTE EM CONTEXTO CLÍNICO

A aprendizagem é uma das funções mentais mais importantes no ser humano, estando relacionada com a educação e desenvolvimento pessoal.

Pode designar-se por aprendizagem como um processo educativo pelo qual as competências, habilidades, conhecimentos, comportamento ou valores são adquiridos ou modificados, como resultado de estudo, experiência, formação, raciocínio e observação, sendo que esta deverá ser devidamente orientada e favorecida quando o indivíduo está motivado.

Tratando-se de uma acção educativa, tem como finalidade ajudar a desenvolver nos indivíduos as capacidades que os tornem capazes de estabelecer uma relação pessoal com o meio em que vivem (físico e humano), servindo-se para este efeito, das suas estruturas sensório-motoras, cognitivas, afectivas e linguísticas.

Existem algumas teorias que suportam o processo e conceito de aprendizagem, designadamente, as *comportamentalistas (behavioristas)*, onde a aprendizagem é vista como a aquisição de comportamentos expressos, através de relações mais ou menos mecânicas entre um estímulo e uma resposta, sendo o sujeito relativamente passivo neste processo; as *cognitivistas*, em que a aprendizagem é entendida como um processo dinâmico de codificação, processamento e recodificação da informação. O estudo da aprendizagem centra-se nos processos cognitivos que permitem estas operações e nas condições contextuais que as facilitam. O indivíduo é visto como um ser que interage com o meio e é graças a essa interacção que aprende; e as *humanistas*, que baseiam a aprendizagem essencialmente no carácter único e pessoal do sujeito que aprende, em função das suas experiências únicas e pessoais. O sujeito que aprende tem um papel activo neste processo, mas a aprendizagem é vista muitas vezes como algo espontâneo.

Actualmente a aprendizagem é vista como um processo dinâmico e activo, em que os indivíduos não são simples receptores passivos, mas sim processadores activos da informação.

Todos os indivíduos à sua maneira e tendo em conta as suas características pessoais são capazes de «aprender a aprender», isto é, capazes de encontrar respostas para situações ou problemas, quer mobilizando conhecimentos de experiências anteriores em situações idênticas, quer projectando no futuro uma ideia ou solução que temos no presente, interagindo com os estímulos (situações e problemas) de uma forma pessoal.

Associado à aprendizagem, surge outro processo não menos importante. A reflexão e todo o seu processo inerente, apresenta-se como parte integrante da aprendizagem. Monteiro (2009: 55), afirma que,

“reflectindo e analisando conjuntamente a aprendizagem, torna-se possível esclarecer eventuais dúvidas e constrangimentos ocorridos durante a formação, através de explicações e descrições, do conselho e crítica, mas também pela demonstração de determinada intervenção. Adoptando-se a forma reflexiva-em-acção recíproca, reflectindo sobre a actividade executada e os conceitos facultados, delineiam-se as estratégias apropriadas para o desenvolvimento da aprendizagem num processo de reflexão-para-acção”.

Pode então considera-se a reflexão como um método de relevante importância, na formação individual do estudante em ensino clínico, permitindo-lhe assim efectuar uma abordagem consciencializada das problemáticas decorrentes das acções desenvolvidas, através da análise de conteúdo dos diferentes aspectos relacionados com as mesmas, apoiando-se eventualmente na exploração de conceitos teóricos associados à actividade decorrida em contexto de prática clínica.

O estudante pode desenvolver um processo reflexivo, que lhe permita relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos aquando do desenvolvimento de determinada actividade. Segundo Sá-Chaves (2000: 47), “um profissional reflexivo que, momento a momento e situação a situação invoque os seus saberes para, deles, seleccionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar”, e assim, posteriormente analisar e efectuar uma reflexão crítica sobre as actividades desenvolvidas.

A estruturação do processo reflexivo, deve assim, partir do relacionamento directo das actividades desenvolvidas e dos problemas que daí possam advir, de forma a que estejam contempladas todas as dificuldades e dúvidas aquando do processo de aprendizagem em ambiente de contexto prático.

“Assim, considera-se existirem dois tipos de actividades associadas a uma prática reflexiva, que contribuem para um ‘círculo de aprendizagem’: a actividade que se está a aprender e a reflexão em acção mediante a qual se aprende”. (Monteiro, 2009: 57).

Torna-se inevitável, a construção de uma relação teórico-prática, que deverá estar presente ao longo do processo de aprendizagem, partindo de um princípio que terá de ser «alimentada» e aperfeiçoada com o decorrer do ensino clínico. Desta forma, vai permitir cimentar o crescimento e desenvolvimento sócio-profissional, através da aplicação dos conhecimentos já apreendidos e assimilação dos novos adquiridos.

Atendendo a que a aprendizagem em contexto clínico representa uma experiência única para cada estudante, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e profissional de uma forma específica e individualizada, e para melhor compreendermos como ela se processa, passaremos de seguida a fazer uma abordagem da teoria sociocultural de Vygotsky e posteriormente uma abordagem à teoria da aprendizagem pela experiência de Kolb.

Lev Vygotsky, psicólogo e pensador construtivista, foi responsável pela teoria do desenvolvimento social da aprendizagem. Contemporâneo de Piaget centra a sua atenção nos fenómenos da interacção e da consciência humana (Abreu, 2007).

Vygotsky formula um quadro explicativo para o funcionamento psicológico e define os seus diversos níveis, cada um dos quais com características distintas no processo de formação dos conceitos.

Nos últimos anos tem-se vindo a afirmar cada vez mais a aplicação de teorias socioculturais na área da saúde, abordando áreas como a educação para a saúde ou o trabalho em contextos multiculturais. Nesses estudos tem-se verificado que os formandos alteram os seus quadros cognitivos em função das suas sucessivas experiências de aprendizagem, de forma a serem capazes de lidar com as novas situações ou conhecimentos. “As teorias socioculturais ajudam na compreensão das interacções complexas existentes nas relações entre os formandos e os formadores, num contexto de formação formal ou informal” (Abreu, 2007: 117).

Vygotsky foi um dos primeiros a considerar que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das suas interacções sociais. Abreu (2007: 118) refere que Vygotsky enfatizava “(...) as condicionantes socioculturais do desenvolvimento humano, identificando a interacção social como fonte dominante de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e social”.

No centro da teoria de Vygotsky está o conceito de zona de desenvolvimento proximal, ou seja “a região onde se localizam simbolicamente um conjunto de competências cognitivas e processuais, formadas no decurso da aprendizagem pela experiência” (Abreu, 2007: 118).

Para Vygotsky existem dois níveis de desenvolvimento: o real e o potencial. O desenvolvimento real define-se como a capacidade da pessoa realizar tarefas de forma independente, ou seja, sem a ajuda de outras pessoas. Por desenvolvimento potencial entende-se a capacidade da pessoa realizar aprendizagens com a participação de terceiros.

A zona de desenvolvimento proximal será uma área que corresponderá à distância entre o nível de desenvolvimento real e o de desenvolvimento potencial.

Vygotsky atribui grande importância à linguagem, pois para ele, a linguagem é duplamente importante, uma vez que para além “de ser o principal instrumento de intermediação do conhecimento entre os seres humanos, tem relação directa com o desenvolvimento psicológico, cognitivo e emocional” (Abreu, 2007: 120). Só através dela é possível estabelecer comunicação entre quem aprende e quem ensina. A utilização integrada das várias formas de linguagem deve ter como objectivo transmitir um conjunto de informações que tenham significado para o estudante, de forma a desenvolver a sua zona de desenvolvimento proximal.

Na formação em contexto clínico as teorias de Vygotsky fazem todo o sentido, uma vez que realçam a atenção para aspectos que o formador não pode negligenciar: primeiro devem identificar o que o estudante tem necessidade de saber, para depois falar com eles sobre os aspectos e procedimentos que ainda não lhe são familiares.

Segundo Vygotsky, um conceito relevante para a aprendizagem é o de «legitimate peripheral participation», que normalmente é conhecido entre nós por aprendizagens informais.

Abreu (2001) referia a importância dos momentos não formais e informais para a aprendizagem dos enfermeiros, uma vez que esses momentos permitiam problematizar aspectos estruturantes do contexto socioclínico.

No processo de formação do estudante em contexto clínico é importante dar ênfase a actividades paralelas, de natureza sociocultural, clínica ou não, porque para além de poderem ser relevantes sob o ponto de vista científico, algumas dessas actividades são pontos de ancoragem para promover a motivação do aluno, para preservar a sua estabilidade emocional ou até única e simplesmente para apoiar a sua formação pessoal (Abreu, 2007).

À luz da teoria sociocultural de Vygotsky, o sucesso da aprendizagem em contexto clínico está dependente das relações que se estabelecem no ambiente sociocultural, bem como de um trabalho consistente do orientador que deve ter em conta aspectos de ordem didáctica.

Finalmente e olhando para a teoria de Vygotsky, pode-se considerar que ela é útil para se compreenderem as interacções complexas associadas à formação em contexto clínico, designadamente ao processo de construção da profissionalidade.

Em 1984 David Kolb edita a obra: *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Nessa obra apresenta a sua teoria da aprendizagem pela experiência, que desenvolveu tendo como referência os estudos de numerosos investigadores do século XX, tais como: Dewey, Lewin, Piaget e Vygotsky (Abreu, 2007).

Kolb, tendo por base os trabalhos de Vygotsky, define a aprendizagem experiencial como “um processo, no decurso do qual um saber é criado graças à transformação pela experiência” (Kolb, 1984: 38).

Os estudos de Kolb assentam no pressuposto de que as ideias não são estáveis e imutáveis no tempo e no espaço, mas sim passíveis de serem testadas e readaptadas permanentemente através da experiência. Fazendo a ponte com os contextos de aprendizagem, pode aceitar-se que o sucesso das experiências num determinado percurso resulta de aprendizagens anteriores e das motivações intrínsecas.

No processo de aprendizagem pela experiência, Kolb identifica quatro modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta; observação reflexiva; conceptualização abstracta e experimentação activa. A dimensão formada pelo eixo experiência concreta *versus* conceptualização abstracta está associada à apreensão e a dimensão formada pelo eixo experimentação activa *versus* observação reflexiva está associada à transformação. Cada uma destas dimensões representa orientações adaptativas opostas.

Segundo Kolb (1984) a aprendizagem assenta nas transacções entre estes quatro modos adaptativos e no processo de adaptação.

Abreu (2007: 106) descreve resumidamente a forma como se constitui a inteligência prática no decurso da clínica:

“Quando o formador acompanha o aluno na prestação de um determinado cuidado, assiste a uma ruptura epistemológica no quadro cognitivo do aluno. Um conjunto de saberes é sacrificado ou substituído por outro, não num contexto de hierarquização de aprendizagens de níveis de complexidade crescente, mas numa sequência de tentativas de mobilização de saberes entre domínios cognitivos”.

Um outro conceito capital do modelo de aprendizagem pela experiência de Kolb é o «estilo de aprendizagem». Kolb (1984) defende que a forma como é processada a informação é distinta de indivíduo para indivíduo, dependendo da forma como estrutura o seu pensamento.

Defende ainda que o conhecimento resulta da combinação entre a experiência percebida e a transformação da mesma. Havendo duas formas distintas de apreensão (concreta – apreensão / abstracta – compreensão) e de transformação (activa – extensão / reflexiva – intenção), pelo que considerou quatro estilos elementares de conhecimento: divergente; assimilativo; convergente e acomodativo.

O estilo *divergente* enfatiza que o conhecimento resulta da interiorização da experiência através da apreensão e transformação por intenção.

O estilo *assimilativo* enfatiza que o conhecimento resulta da interiorização da experiência através da compreensão e transformação por intenção.

O estilo *convergente* enfatiza que o conhecimento resulta da interiorização da experiência através da compreensão e transformação por extensão.

O estilo *acomodativo* enfatiza que o conhecimento resulta da interiorização da experiência através da apreensão e transformação por extensão.

Abreu (1998), apoiando-se no modelo de Kolb (1984), sublinha que existem formas individualizadas de processar a informação: a estrutura de percepção pode variar entre apreensão e compreensão e a de transformação entre extensão ou intenção. A forma como se combinam todas essas estruturas, no contexto de uma realidade individualizada, determina a forma como cada pessoa enfatiza os quatro modos do processo de aprendizagem: experiência concreta; observação reflexiva; conceptualização abstracta e experimentação activa.

Abreu (2007), tendo por base o modelo de Kolb (1984), salienta que os diferentes estilos de aprendizagem sugerem a predominância de um determinado conjunto de competências sobre as restantes, nomeadamente, o estilo convergente (competências de experimentação), o divergente (competências de relação), o assimilativo (competências de conceptualização) e o acomodativo (competências de acção).

Segundo Kolb, o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências de aprendizagem intrínsecas ao contexto (Abreu, 2001). Surge assim, na sua teoria, o conceito de «environmental press», que consiste na influência exercida pela estrutura do conhecimento e os métodos de aprendizagem em determinada área do saber para condicionar o estilo de aprendizagem.

Para Orga (2004), a «aprendizagem pela experiência» é um dos conceitos fulcrais nas perspectivas educacional e desenvolvimentista da supervisão.

A supervisão é um processo dialéctico e facilitador da aprendizagem, no qual a experiência de trabalho e os saberes teóricos se articulam, ou seja, onde existe uma assimilação da experiência de trabalho com a produção de saberes mediados pela esfera pessoal.

A aprendizagem em contexto de prática clínica, decorre com uma particularidade distinta em relação à aprendizagem formal em sala de aula, uma vez que o contexto social e espacial difere na complexidade de cada uma. Mas não podemos dissociar estes diferentes momentos de aprendizagem, uma vez que, é indispensável ignorar a interacção dinâmica entre ambas. Após o período de aprendizagem teórica em sala de aula, o estudante depara-se em ambiente de contexto de prática clínica, com a necessidade de redefinir conceitos que as novas experiências lhe proporcionam.

Assim, pode afirmar-se que o estudante, aquando confrontado com novas situações e/ou informações, questiona, reflecte e reformula as mesmas, com a finalidade de estabelecer um comportamento direccionado para o controlo da sua aprendizagem.

Neste sentido, o Ensino Clínico é “um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas de relação interpessoal e crítico-reflexivas, que permitam ao aluno e futuro profissional dar resposta a cada situação como única” (Ferreira, 2004: 127). Ele é, “um local privilegiado na formação dos alunos de Enfermagem, permitindo adquirir habilidades para actuar no mundo real em que a profissão acontece” (Martin, cit. in Ferreira, 2004: 127). Destina-se “a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias” (Vasconcelos, cit. in Silva, 2004: 103).

As aprendizagens em contexto clínico “envolvem uma complexidade de atitudes e comportamentos só possíveis de aprender e interiorizar em situações reais de trabalho; a prática é fundamental para uma aprendizagem profissionalizante, onde componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais têm grande peso” (Carvalho, 2003: 26).

“Nós estamos condenados a aprender enquanto seres humanos, o que significa que, (...) aprender é tão natural como respirar. Se não fizéssemos aprendizagens fundamentais desde que nascemos, não conseguiríamos sobreviver como seres humanos” (Canário, 2007: 181).

Dando ênfase a esta ideia de aprendizagem, Canário (2007) sublinha que é essa ideia que permite pensar o processo de aprendizagem como coincidente com um processo largo e multiforme de socialização. Nesse sentido, Abreu (2007: 81) refere que “a formação clínica é um espaço importante de socialização dos enfermeiros”.

Constitui-se como um espaço onde o imprevisto ocorre com bastante frequência, em comparação com a formação em sala de aula, onde há um controlo maior sobre os processos de ensino e aprendizagem. A esse respeito Abreu (2007: 88) refere que “se para o profissional de saúde a presença em contexto clínico constitui sempre algo de indeterminado, para um aluno assume mesmo uma importância vital”.

A aprendizagem em contexto clínico contém características particulares que a distingue da educação formal em sala de aula. Nesse sentido, Abreu (2001) refere que em contraste com a sala de aula, a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos.

A aprendizagem em contexto clínico implica um processo de interacção dinâmica entre os conceitos que o estudante apreendeu nas aulas teóricas, as novas situações com que se depara na prática e a redefinição de conceitos com base nessas novas experiências incorporadas. A este respeito, Abreu (2003: 21) refere que a aprendizagem em contexto clínico “pressupõe sempre uma actividade cognitiva, mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica”.

O processo de aprendizagem inicia-se quando o estudante se confronta com uma situação nova, situação essa, que o leva a questionar e reformular os seus esquemas operatórios. Na óptica de Abreu (2003), esta fase compreende a motivação, a orientação, a integração e a acção. Portanto, haverá aprendizagem quando o estudante integra a nova informação e consequentemente estabelece um comportamento, num contexto de avaliação e controlo.

E é neste mesmo sentido que a Nephrocare-Portalegre pretende melhorar, ao proporcionar as suas instalações para que estes estudantes aumentem os seus conhecimentos e desenvolvam competências.

De modo que a construção de um manual (ainda inexistente nas clínicas de diálise Fresenius), pode ser um meio facilitador na integração destes mesmos estudantes. Um manual de integração é um elemento facilitador do processo de acolhimento e integração de novos colaboradores numa organização.

Como tal, a organização disponibiliza-se a fornecer informações que facilitem a integração de um determinado colaborador, aquando o ingresso na empresa e envolvimento funcional na mesma. Para os colaboradores é uma forma de conhecer a organização do ponto de vista institucional, das suas políticas, estrutura e funcionamento, devidamente enquadrados nos objectivos gerais da instituição e nas suas áreas estratégicas de actuação.

Torna-se assim indispensável, que seja desenvolvida a construção de um manual de integração, sob a forma de sustentabilidade da temática apresentada.

3 - METODOLOGIA

Para que este projecto seja realizável e credível, vai ocorrer uma constante «discussão» das temáticas e directrizes de integração e supervisão de estudantes em ensino clínico, em que a Enfermeiras Chefe e Adjunta vão estar envolvidas com um contributo directo.

Serão especificadas aos estudantes a Missão, a Visão e o Compromisso da Fresenius Medical Care com a qualidade dos cuidados prestados, e posteriormente, as diferentes etapas de integração, bem como a sua diferenciação, aquando da realização do ensino clínico.

Relativamente ao desenvolvimento da prática clínica destes estudantes, concretamente, vai ser construído um Manual de Integração/Supervisão de estudantes de Enfermagem, numa medida de uniformizar as aprendizagens decorrentes da prática clínica, de uma forma contínua, com a finalidade de garantir a melhoria e manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

Para que seja realizável, vai decorrer durante os meses de Junho e Julho um estágio de estudantes de Enfermagem na Nephrocare-Portalegre. Assim surge uma excelente oportunidade de fundamentar este projecto, através da possibilidade de observações e riqueza em experiências de ambas as partes, isto é, tanto da parte do Orientador/Supervisor, como da parte do Estudante.

Deste modo, vou solicitar a colaboração das Enfermeiras Chefe e Adjunta, no sentido de proporcionar-me esta oportunidade, ou seja, atribuir-me a responsabilidade da Integração e Supervisão de um estudante durante o período de ensino clínico deste.

De forma a fundamentar todo este processo, torna-se necessário recorrer a um planeamento estratégico, racional e estrutural das acções que foram desenvolvidas. Imperatori (1993: 28), afirma que o planeamento da saúde tem como principais fases do seu processo os seguintes aspectos: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos, a preparação da execução e a avaliação.

3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação consiste num momento onde é possível determinar os principais problemas existentes num determinado contexto que será alvo de intervenção, os respectivos factores condicionantes, e as causas desses mesmos problemas, bem como os recursos existentes para os solucionar.

Como tal, passa essencialmente pela caracterização do serviço/unidade de trabalho, que neste caso em concreto, trata-se da Unidade de Hemodiálise da Nephrocare-Portalegre, bem como das actividades ali desenvolvidas.

A clínica Nephrocare-Portalegre é composta por dois pisos: o rés-do-chão, constituído pela recepção, salas de espera, vários gabinetes, salas de tratamento de hemodiálise, vestiários e casas de banho para utentes, copa, lavandaria, rouparia, armazém, farmácia, casas de banho do pessoal, sala tratamento de águas, sala de produção de solução ácida, zona de despejos /arrumos e preparação de solutos para limpeza, arquivo central e Sala do bastidor – informática; e o 1º andar, constituído por gabinetes de Direcção Clínica, sala de reuniões / formação, sala de despejos e arrumos e vestiários e casas de banho pessoal.

Existem duas Salas de hemodiálise: uma (sala A) destinada a doentes com marcadores virais negativos, e a outra (sala B) a doentes portadores de Vírus C+.

Ambas as salas estão equipadas com monitores 5008. Todos os doentes realizam sessões de hemodiálise com filtros de auto-fluxo e fazem hemodiafiltração online (HDF-online)

A clínica possui uma equipa multidisciplinar constituída por: dois Nefrologistas, um Urologista, Médicos de Clínica Geral, uma Enfermeira Chefe, uma Enfermeira Chefe Adjunta, Enfermeiros Generalistas, Assistente Social, Nutricionista, Diabetologista, Fisioterapeuta, Secretárias Administrativas, Auxiliares de Limpeza, Técnicos de Manutenção e Motoristas das Ambulâncias 111.

Relativamente à organização do trabalho de Enfermagem desenvolvido na prestação de cuidados de diálise, existe uma metodologia de trabalho que tem como princípio o Método do Enfermeiro Responsável.

Esta metodologia assenta por base num conceito de cuidados individualizados, em que cada utente/doente tem associado um enfermeiro que possui responsabilidade e é responsável por todos os cuidados prestados, neste caso, durante todo o tratamento de diálise.

3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Na definição de prioridades seleccionar-se-ão as problemáticas que serão resolvidas e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem, como por exemplo a dimensão do problema.

Para o desenvolvimento deste relatório, foi então necessário, chegar a um tema que demonstrasse a evidência do «problema», isto é, a Integração e Supervisão de estudantes de enfermagem na clínica de hemodiálise Nephrocare-Portalegre. Acompanhado de objectivos que o caracterizam.

Assim, como *Tema surge*: - Gestão da prática clínica na NephroCare-Portalegre: Contributos para a integração de estudantes de Enfermagem.

Os *Objectivos do Relatório* vão estar divididos em *Objectivo Geral*: - Integrar estudantes de enfermagem em prática clínica; e *Objectivos Específicos*: - Disponibilizar informação acerca das principais características do contexto de aprendizagem em que se forma o estudante; - Promover um processo supervisivo que facilite a aquisição de competências inerentes à prática clínica; - Identificar as dimensões da prática clínica mais significativas para a aprendizagem do estudante.

3.3 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A selecção de estratégias permite escolher um conjunto de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um determinado objectivo. Nesta fase dever-se-ão estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objectivo, que serão submetidas a decisão superior.

Trata-se efectivamente de uma descrição da acção, isto é, do estabelecimento de medidas que visam alcançar os objectivos e quais as estratégias a adoptar para o conseguir.

As estratégias utilizadas, passaram por uma intervenção inicial juntamente com as Enfermeiras Chefe e Chefe-Adjunta, numa perspectiva de discussão e selecção das etapas e actividades a desenvolver pelo estudante em ensino clínico, de forma a que pudéssemos estabelecer um «protótipo» do que iria ser o Manual de Integração final.

Com esta medida estaríamos desde logo a criar um processo supervisivo do estudante em prática clínica, e ao mesmo tempo a disponibilizar-lhe a informação necessária para o desenvolvimento durante o ensino clínico.

Mas, tendo em conta a inexperiência neste tipo de situações, surgiu a necessidade de efectuar observações durante a prática clínica do estudante, nomeadamente as dificuldades, a evolução no desempenho das actividades, o tempo necessário em cada etapa, e obter um «feedback» de informações junto deste, no sentido de melhorar adequar as etapas e actividades do ensino clínico. Poder-se-á considerar os aspectos referidos anteriormente como dimensões significativas decorrentes da aprendizagem do estudante em ensino clínico.

3.4 - PLANEAMENTO OPERACIONAL/PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A elaboração de programas e projectos é a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objectivos. A elaboração de programas exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação dos seus responsáveis e a fixação dos objectivos operacionais ou metas.

A preparação da execução é extremamente importante para o sucesso de um programa ou projecto. Nesta fase deve especificar-se a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas, e escolher o responsável pelo seu acompanhamento.

Na preparação para a execução, foram implementadas todas as estratégias anteriormente referidas, e definidos os «timings» de actuação das mesmas, como por exemplo colocar as etapas do ensino clínico distribuídas pelo tempo do mesmo, e assim melhorar a eficácia e o resultado final, ou seja, independentemente do tempo de ensino clínico do estudante, as etapas são as mesmas, alterando-se apenas a durabilidade de cada uma.

Todos os intervenientes directos foram identificados e reconhecidos, isto é, as Enfermeiras Chefe e Chefe-Adjunta, o Enfermeiro Orientador e o estudante, mas onde toda a responsabilidade pelo sucesso final ficaria a cargo do Enfermeiro Orientador, em que este iria ser o principal catalisador de todas as acções a desenvolver durante todo o processo.

Após identificação das etapas de ensino clínico a desenvolver pelo estudante, e reconhecimento da parte do mesmo, passamos à fase seguinte. Aqui são disponibilizados todos os recursos e meios de aprendizagem ao estudante, como por exemplo, bibliografia existente no serviço sobre as actividades a desenvolver, para eventual revisão e melhor compreensão, de forma que este seja consciencializado do ensino clínico que vai realizar.

Assim, as etapas seleccionadas foram as seguintes:

1ª Etapa

- *Obter informação sobre o ambiente da sala de hemodiálise;*
- *Integrar-se nos espaços físicos e ambiente de trabalho;*
- *Utilizar sistemas de informação disponíveis;*
- *Usar equipamentos e instrumentos envolvidos no tratamento de diálise;*
- *Executar tarefas que proporcionem os primeiros contactos com os doentes e sistemas terapêuticos.*

2ª Etapa

- *Treinar utilização do Sistema Terapêutico 5008: Obter informação sobre principais constituintes do sistema 5008; Observar procedimentos de reinfusão; Preparar sistema terapêutico para tratamento; Completar procedimentos referentes ao circuito extracorporal e Processar alarmes.*

3ª Etapa

- *Opção unipunção*

4ª Etapa

- *Conexão de Catéter Central*

Posteriormente, será demonstrado ao estudante, todos os aspectos técnico-práticos de todas as actividades e acções de enfermagem, onde poderá fazer uma observação atenta e esclarecimento de eventuais dúvidas.

A fase final das estratégias estabelecidas, trata-se de «criar» oportunidades para o estudante executar tarefas, e consequente observação por parte do enfermeiro orientador, aquando das acções executadas pelo mesmo, com respectivas correcções e avaliações.

3.5 - AVALIAÇÃO

Na fase de avaliação haverá que distinguir entre a avaliação a curto prazo, só possível através de indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objectivos fixados em termos de indicadores de impacto ou resultado.

Terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, actualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, uma vez que cada uma destas etapas poderá nunca estar completamente concluída, porque numa fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la. Mesmo após chegar à avaliação, poderá eventualmente, haver a necessidade de recuar no processo, devido às modificações que foram surgindo.

Para chegar a uma avaliação das etapas do planeamento estratégico, foi necessário recorrer a indicadores de integração dos estudantes em ensino clínico.

Assim, e após o termino do ensino clínico, revela-se determinante perceber se o planeamento e execução do mesmo foi bem sucedido ou não. Para tal, é importante «recuar no tempo» e fazer uma análise reflexiva conjunta entre o enfermeiro orientador e o estudante, apoiada em diversos indicadores.

Podemos escolher vários indicadores para melhor compreender o sucesso do ensino clínico, entre eles, a satisfação do estudante durante e após o ensino clínico, onde poderá referir se foi satisfatório ou não, e se preencheu as suas expectativas ou não. Inerente a este aspecto referido anteriormente, é importante perceber se os objectivos estabelecidos pelo estudante para o ensino clínico foram cumpridos, e se caso contrário, analisar esses aspectos, e compreender o porquê do sucedido, para posteriormente serem efectuadas as devidas correcções.

Relativamente ao ensino clínico propriamente dito, é necessário verificar se todas as etapas do mesmo foram realizadas, e em caso de incumprimento, proceder a uma análise e avaliação para detectar as eventuais «imperfeições».

Numa instância final, proceder junto do estudante a uma avaliação geral conjunta do ensino clínico, para percepção de conhecimentos teóricos e técnicos, com a finalidade de verificar a apreensão dos mesmos.

4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Num momento em que a profissão de enfermagem atravessa um período de crise de identidade e reconhecimento social, nós profissionais actuais, vemo-nos confrontados com uma realidade de descrédito das nossas diferenciadas qualidades e altas qualificações.

Contudo, essa não é a «nossa» realidade. Somos profissionais competentes e sérios com o trabalho que desenvolvemos, procurando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É com este compromisso que nos propomos a tentar resolver eventuais problemas com os quais somos confrontados diariamente no nosso local de trabalho. Neste sentido, verificou-se a existência de uma lacuna que era necessário colmatar, um «problema» que prende-se com a dificuldade de estruturação de um ensino de práticas clínicas a realizar por estudantes de enfermagem na Nephrocare-Portalegre. Para a resolução deste problema foram estabelecidos diferentes aspectos onde era necessário actuar. Esta actuação passa essencialmente pelo funcionamento de uma tríade entre «pontos-chave» da problemática, isto é, Gestão, Integração/Supervisão e Práticas Clínicas, numa tentativa de resolver o problema.

Para que tal pressuposto fosse atingível, foram utilizados vários meios para essa finalidade. Tais como, fazer um planeamento do ensino clínico com diferenciação de etapas, criar objectivos para e aquando da realização de um ensino clínico, seguidamente proceder a uma aplicação e execução dos mesmos, e por final, fazer uma reflexão e avaliação do que foi implementado.

Numa perspectiva de relação causa/efeito, podemos afirmar que todas as implementações aplicadas, como foi referido anteriormente, tiveram um resultado positivo, ou seja, a causa como sendo toda a estruturação e realização do ensino clínico, teve como efeito o sucesso final do mesmo.

No que respeita a aplicações práticas propriamente ditas, foi construído um Manual de Integração para estudantes de enfermagem em ensino clínico na Nephrocare-Portalegre, perfeitamente adaptado à realidade prática do local, que consiste essencialmente por um acompanhamento superviso do estudante, efectuado pelo respectivo enfermeiro orientador, com a finalidade de atingir os objectivos propostos e cumprimento das etapas definidas.

O Manual de Integração encontra-se estrutura da seguinte forma: CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO; POLÍTICA DE QUALIDADE; ETAPAS DA FORMAÇÃO PRÁTICA EM HEMODIÁLISE PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.

Mas como não poderia deixar de ser, foram detectadas algumas limitações na implementação da estratégia de ensino clínico. Houve limitações práticas concretas que foram infligidas pela enfermeira-chefe, isto é, decorrendo o ensino clínico existem algumas técnicas efectuadas pelos profissionais que o estudante não poderá «experimentar», o que torna-se uma restrição das práticas a realizar. Assim, ainda foi detectada uma limitação mais relevante, que sobretudo é a principal «culpada» pela já referida anteriormente, o tempo, revelou ser um factor determinante e influenciador das aprendizagens do estudante. Quero dizer com isto que, tendo em conta as etapas já definidas para ensino clínico, o tempo do mesmo, «obriga-nos a saltar» etapas dentro dessas mesmas etapas, para que o estudante possa cumpri-las, o que torna o ensino clínico relativamente «superficial», condicionando a produtividade do mesmo.

Todavia, e mais importante, foi reconhecido melhorias bastante significativas, nomeadamente na estrutura bem organizada e planificação do ensino clínico. Passou a existir apenas e só um enfermeiro orientador para integrar e acompanhar o ensino clínico de cada estudante, e assim contribuir para uma aprendizagem contínua. Todo e qualquer enfermeiro orientador tem acesso ao Manual de Integração, de modo a que todos os ensinamentos clínicos a realizar sejam uniformes, sem que ocorram discrepâncias entre eles. E que permite assim, uma melhoria dos cuidados prestados pelos estudantes.

Podemos considerar então, como verdadeiro contributo, a estrutura e funcionamento dos ensinamentos clínicos, de uma forma organizada e perfeitamente realizável, em que a prestação dos cuidados de enfermagem fica favorecida, e onde o estudante pode evoluir como futuro profissional.

Para finalizar, de referir apenas um aspecto. Fica aqui uma sugestão para possível aplicação deste Manual de Integração, nas restantes clínicas Nephrocare distribuídas por Portugal, e utilização dos seus colaboradores.

CONCLUSÃO

A formação em enfermagem tem constituído o baluarte em que se fundamenta o crescimento e afirmação profissional da enfermagem, permitindo a estruturação e consolidação de saberes que lhe são próprios, estimulando simultaneamente o desenvolvimento de competências, a nível cognitivo, afectivo e motor, que possibilitam o efectivo estabelecimento de um campo de intervenção próprio no contexto multidisciplinar de saúde.

Olhando para a evolução da formação em enfermagem, podemos constatar que a enfermagem portuguesa parece estar no caminho correcto rumo à conquista da sua autonomia, da sua afirmação e do seu espaço no seio das ciências e das profissões da saúde.

Devido à crescente conquista de autonomia técnica, administrativa e científica, foram surgindo, concomitantemente, à enfermagem novos desafios. Um desses desafios é a necessidade de mais e melhor formação. Uma vez que “a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão” (Abreu, 2003: 149).

Assim, podemos inferir que, “educar é, portanto, mais do que instruir. É construir, é partilhar com os outros actos e hábitos e edificar pessoas íntegras e maduras para projectar profissionais competentes” (Ferreira, 2004: 124).

A formação não é só fornecer conhecimentos/instrumentos do saber ao aluno, implica um trabalho do homem sobre si mesmo, implica reflexão sobre a forma de como as experiências, os saberes profissionais, sociais e culturais podem ser mobilizados num processo global de formação.

Toda a pessoa que necessita de cuidados, quer seja ao nível da promoção da saúde, da prevenção da doença, da recuperação ou ao nível da reabilitação, ela é “a figura central do processo ensino/aprendizagem em enfermagem, sendo a aprendizagem feita em períodos sucessivos de teoria e prática” (Ferreira, 2004: 126).

Partindo desta base, o modelo conceptual da escola, enquanto instituição formadora, “orienta não só a prática, mas também serve de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem” (Ferreira, 2004: 126).

Ferreira (2004: 126), afirma que “Pensamos que o processo ensino/aprendizagem deve ser desenvolvido à luz de saberes experienciados e contextos concretos, privilegiando a transversalidade de saberes e não apoiado apenas no conhecimento teórico”, pois continua a ser na prática clínica que os futuros enfermeiros se consciencializam dos papéis que os profissionais desenvolvem e as competências necessárias ao seu desempenho. E, como nos diz Collière (1999: 202)

“é à prática profissional que pertence conferir sentido a toda a formação superior, mobilizando-a através das situações, tal como se vivem na realidade quotidiana e tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo saúde-doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores”.

O ensino clínico é processo de transformação do estudante em futuro profissional, daí que para uma melhor aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos, seja determinante uma boa integração do estudante em ambiente de prática clínica.

Integrar um estudante num determinado local/serviço, acarreta responsabilidades de vários actores, nomeadamente do próprio, do enfermeiro orientador e do professor, onde cada um desempenha o seu papel, mas todos têm de encontrar-se devidamente articulados e com a mesma finalidade, isto é, que o estudante tire o melhor proveito do ensino clínico a realizar e que ao mesmo tempo seja sinónimo de sucesso final.

Para que tal aconteça, e no caso concreto da Nephrocare-Portalegre, verificou-se a existência desta lacuna. A ausência de um Manual de Integração perfeitamente adaptado à realidade das práticas de enfermagem a realizar por um estudante em ensino clínico, causou algum desconforto pelo efeito de desorganização que provocava. Assim, a construção deste Manual veio trazer aquilo que faltava para preencher esta lacuna, ou seja, proporcionar aos estudantes uma clarificação das actividades a desenvolver durante o ensino clínico e uma uniformização das mesmas, uma vez que poderá servir de referência para qualquer enfermeiro orientador na integração de qualquer estudante.

Como é prática comum em todas as clínicas Fresenius Medical Care, o tema qualidade assume-se com um dos «topos da lista». E melhorar neste aspecto não é só melhorar na clínica de Portalegre, pode significar melhorar nas restantes clínicas do país.

É este o caminho a seguir para uma melhor enfermagem no futuro. Procurar dinamizar em todas as instituições de saúde uma melhor formação para os futuros profissionais, e é também neste sentido que a Nephrocare-Portalegre pretende evoluir, dando o seu contributo para o “crescimento” dos estudantes em ensino de práticas clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. (1998) “Etnografia em educação: decidir com o conhecimento das realidades simbólicas. Estudo etnográfico da formação e das identidades profissionais dos enfermeiros em contexto escolar”, in A. Estrela e J. Ferreira (orgs.) *Decisão em educação*. Lisboa: AFIRSE, 533-564

ABREU, W. (2001) *Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau

ABREU, W. (2003) *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau

ABREU, W. (2003) “Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar”, in Rui Canário (orgs.) *Formação e Situações de Trabalho* (2.^a ed.). Porto: Porto Editora, 147-168

ABREU, W. (2007) *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau

ABREU, W. (2008) *Transições e Contextos Multiculturais – Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003) “Modelos de Supervisão”. Acedido a 16 de Janeiro de 2012, em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/modelos-de-supervisao>

CANÁRIO, R. (1998) *Gestão da escola: como elaborar o plano de formação?*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional

CANÁRIO, R. (2003) “Formação e Mudança no Campo da Saúde”, in Rui Canário (orgs.). *Formação e Situações de Trabalho* (2.^a ed.). Porto: Porto Editora, 117-146

CANÁRIO, R. (2006) “Formação e adquiridos experienciais: entre a pessoa e o indivíduo”, in Gérard Figari et al (org) *Avaliação de competências e aprendizagens experienciais: saberes, modelos e métodos*. Lisboa: Educa, 35-46

CANÁRIO, R. (2007) “Aprendizagens e Quotidianos Profissionais”, in Ângela Rodrigues et al. *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados – Ciclo de Colóquios*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 175-185

CHIAVENATO, Idalberto (1987), Administração de recursos humanos, São Paulo, McGraw-Hill, 3^a Edição.

CASA NOVA, A. (2008). A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro. IN *Enfermagem PT*. Acedido a 16 de Maio de 2011 em <http://www.enfermagempt.org/2008/04/eficiencia-na-gesto-dos-cuidados-o-papel.html>

COLLIÈRE, M.F. (1999) *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4.^a ed.). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

CORREIA, J. (2003) “Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação”, in Rui Canário (orgs.). *Formação e Situações de Trabalho* (2.^a ed.). Porto: Porto Editora, 13-41

COSTA, J. (2004) “Métodos de Prestação de Cuidados”. Acedido a 10 de Janeiro de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

CUNHA, M. *Et all* (2005) “Manual de comportamento organizacional e gestão”. Lisboa: Editora RH, Lda.

D'ESPINEY, L. (2003) "Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho", in Rui Canário (orgs.). *Formação e Situações de Trabalho* (2.^a ed.). Porto: Porto Editora, 169-188

DUNN, S.; HANSFORD, B. (1997) "Undergratuate nursing students' perceptions of their clinical learning environment", *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6), 1299-1306

FAYOL, H. (1916). Conceito de Gestão e de Gestor. IN *Nota Positiva*. Acedido a 10 de Maio de 2011 em http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/01conc_gestao.htm

FERGUSON, L.; DAY, R. (2007) "First-line nurse managers in university hospitals captives to their own Professional culture?", *Journal of Nursing Management*, 15 (1), 114-122

FERREIRA, M. (2004) "Formar Melhor para um Melhor Cuidar", *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, Outubro, 123-137

FRANCO, J. (2000) "Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação", *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, Fevereiro, 32-50

FRESENIUS MEDICAL CARE. Fresenius Medical Care Portugal. IN *Fresenius Medical Care*. Acedido a 5 de Maio de 2011 em http://www.fresenius-medical-care.pt/quem_somos/fmc_portugal.html

GOMES, S. (2008) "Gestão de Recursos Humanos - Evolução do problema em termos dos conceitos e das práticas". Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra

HAWKINS, P.; SHOHET, R. (1989) *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Milton Keynes: Open University Press

IMPERATORI, E. (1993) "Metodologia do Planeamento da Saúde" – 3^a edição. Lisboa.

KOLB, D. (1984) *Experiential learning – experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs

LOPES, N. (2001) *Recomposição Profissional da Enfermagem – Estudo Sociológico em contexto Hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora

LOUREIRO, C. (2001) *A Docência como Profissão*. Porto: Porto Editora

LUZ, M. (1995) *Formação em Enfermagem. Contexto e Problemas da Dualidade Teoria Prática*. Lisboa: I.S.P.A. (Dissertação de Mestrado)

LUZ, M. (2000) “Organizações Qualificantes e o Sistema de Formação em Enfermagem”, in Maria Costa; Maria Mestrinho; Maria Sampaio, (orgs.). *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 78-84

MAGRETTA, J. (2004) *O que é a Gestão – Como funciona e porque interessa a todos*. Lisboa: Actual Editora.

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO. IN *Sabiasque*. Acedido a 20 de Maio de 2011 em <http://www.sabiasque.pt/seccao-trabalho/categoria-recrutamento/153-manual-de-acolhimento-e-integracao.html>

MONTEIRO, F. (2009) *Relações Supervisivas e Desenvolvimento da Profissionalidade do Aluno de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação (Dissertação de Mestrado)

MORNA, M. (1995) *Interacção Professor-Aluno nas Práticas Clínicas de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas (Dissertação de Mestrado)

NUNES, P. (2006). Conceito de Gestão e de Gestor. IN *Nota Positiva*. Acedido a 10 de Maio de 2011 em http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/01conc_gestao.htm

PACHECO, S. (2002) *Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

PALMEIRO, M.F. (1995) *Formação e práticas profissionais dos enfermeiros no contexto de um Centro de Saúde*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina (Dissertação de Mestrado)

PELIZZARI, A. *Et all* (Julho 2001 – Julho 2002). Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel. *PEC* Vol.2, nº1, 37-42.

PEREIRA, J. (2008) *Supervisão da educação clínica em Radiologia. Perspectiva do aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa (Dissertação de Mestrado)

PIRES, R. *Et all* (2004). Supervisão clínica de alunos de Enfermagem. IN *Revista Sinais Vitais*. Acedido a 17 de Maio de 2011 em http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=252&Itemid=78&limitstart=4

PORTUGAL, G. (1994) “Contextos como Facilitadores do Desenvolvimento: Suas Características”, in José Tavares (org.). *Para Intervir em Educação*. Aveiro: CIDINE, 233-247

PROCTOR, B. (1991) “On Being a Trainer”, in W. Dryden & B. Thorne (ed.). *Training and Supervision for Counselling in Action*. Wiltshire: Sage Publications, 49-86

QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, A. (2000) *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto

RIBEIRO, L. (1995) *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa

SÁ-CHAVES, I.; ALARCÃO, I. (2000) "Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica", in Idália Sá-Chaves (orgs.). *Formação, conhecimento e supervisão – contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 143-159

SÁ-CHAVES, I. (2000) "Formação, Competências e Conhecimento Profissional", in Maria Costa; Maria Mestrinho; Maria Sampaio (orgs.). *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39-48

SILVA, D. ; SILVA, E. (2004) "O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem", *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, Outubro, 103-118

VIDINHA, F. et al (2007) "Fundamentos de Enfermagem – O presente e o futuro". Acedido a 15 de Janeiro de 2012, em <http://www.essp.pt/fundamentos/Document/ensiclin.pdf>.

VYGOTSKY, L. (1978) *Mind in Society – The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press

WRIGHT, H. (1989) *Groupwork: Perspectives and Practice*. Oxford: Sutton Press

ANEXO

MANUAL DE INTEGRAÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Fresenius Medical Care é a maior empresa verticalmente integrada, a nível mundial, no sector da prestação de serviços e produção de equipamentos e tecnologias para o tratamento da insuficiência renal crónica. Os mais de 25 anos de experiência na indústria posicionam-nos como líder mundial de produtos e serviços de diálise. Os nossos 56.000 colaboradores, dispersos por mais de 100 países nos 5 continentes, estão unidos no compromisso de proporcionar serviços e produtos da mais elevada qualidade, levando as melhores práticas médicas nos cuidados aos Insuficientes Renais Crónicos.

Através de uma rede de cerca de 2.200 Clínicas de Diálise na América do Norte, Europa, América Latina e Ásia-Pacífico, asseguramos tratamentos de diálise a mais de 172.000 pacientes.

Cotada nas Bolsas de Valores de Frankfurt e Nova Iorque, a Fresenius Medical Care posiciona-se entre as 35 maiores empresas alemãs em volume de negócios.

Como tal, e felizmente para os doentes renais em Portugal, esta Multinacional também se expandiu por cá, com 34 clínicas espalhadas pelo país. Das quais asseguram mais de 650000 tratamentos por ano, a cerca de 4100 doentes insuficientes renais crónicos.

Apresenta-se como o maior operador nacional no sector da diálise, privado e convencionado com o Estado Português, com um volume de negócios superior a 93 milhões de euros por ano. Consequentemente, «oferece» uma enorme qualidade de instalações e permite empregabilidade a cerca de 2000 pessoas.

Em Portalegre, a Nephocare, como Unidade de Hemodiálise, existe desde 1991 tendo funcionado até 2010 nas instalações do Antigo Sanatório. Porém a necessidade de um espaço que permitisse adequar o tratamento às novas tecnologias desenvolvidas pela empresa, gerou a necessidade urgente da mudança de instalações, e em Março de 2010 procedeu-se à transferência para as novas instalações que sitam na Rua José Maria Ceia nº 10 (zona industrial).

A actual clínica é composta por dois pisos:

- **Rés do chão**

- ✓ Recepção
- ✓ Sala de Espera
- ✓ Gabinetes de Consulta
- ✓ Salas de hemodiálise
- ✓ Sala de espera (zona limpa)
- ✓ Vestiários e casas de banho para utentes
- ✓ Zona de armazenamento de cadeiras de rodas e maca portátil
- ✓ Copa
- ✓ Lavandaria
- ✓ Rouparia
- ✓ Gabinete área técnica
- ✓ Armazém
- ✓ Farmácia
- ✓ Casa de banho pessoal
- ✓ Sala tratamento de águas
- ✓ Sala de produção de solução ácida
- ✓ Gabinete médico residente
- ✓ Gabinete enfermeira chefe
- ✓ Zona de despejos /arrumos e preparação de solutos para limpeza
- ✓ Zona de contentores de lixo (uma área para contentores limpos e outra área para contentores já preenchidos com lixo) com porta para o exterior
- ✓ Arquivo central
- ✓ Sala do bastidor – informática

- **1º andar**

- ✓ Gabinete Director Clínico
- ✓ Gabinete da secretária clínica
- ✓ Casa de banho
- ✓ Sala de Reuniões / Formação
- ✓ Sala de despejos e arrumos
- ✓ Vestiários e casas de banho pessoal

Existem duas Salas de hemodiálise: uma (sala A) destinada a doentes com marcadores virais negativos, e a outra (sala B) a doentes portadores de Virus C+.

Ambas as salas estão equipadas com monitores 5008. Todos os doentes realizam sessões de hemodiálise com filtros de autofluxo e fazem hemodiafiltração online (HDFonline)

A clínica possui uma equipa multidisciplinar constituída por:

- Dois Nefrologistas
- Um Urologista
- Quatro Médicos de Clínica Geral
- Uma Enfermeira Chefe
- Uma Enfermeira Chefe Adjunta
- Vinte Enfermeiros Generalistas
- Uma Assistente Social
- Uma Nutricionista
- Uma Diabetologista
- Um Fisioterapeuta
- Duas Secretárias Administrativas
- Seis Auxiliares de Limpeza
- Dois Técnicos de Manutenção
- Nove Motoristas das Ambulâncias 111.

POLÍTICA DE QUALIDADE

A Política de Qualidade da FMC assenta na saúde e bem-estar do ser humano como centro de todos os esforços.

Este objectivo é concretizado tendo em conta uma estratégia global entre os cuidados de diálise mais biocompatíveis e os seus custos reais.

Esta Política tem como base a *Excelência*, a *Constância* e a *Integração*.

Por *Excelência* entende-se a vontade de ir sempre mais além, melhorando constantemente os recursos e os meios ao dispor, ao serviço do que há de melhor para os seus doentes e para a comunidade científica.

Como *Constância* são definidos e seguidos um conjunto de procedimentos que garantem e certificam essa qualidade,

Por *Integração* entende-se um Sistema de Qualidade extensível a todos os níveis da cadeia de valor: da produção de equipamentos e produtos à prestação de informação e de serviços.

A responsabilidade abrangente da empresa é reconhecida relativamente aos seus Doentes (aumento da esperança de vida e melhoria da qualidade da terapêutica substitutiva da função renal), Colaboradores (atração e vinculação de quadros qualificados e promoção do desenvolvimento profissional), Accionistas (desenvolvimento contínuo da empresa garantindo retornos atractivos de forma consistente) e Comunidade (cumprimento das diversas responsabilidades sociais e requisitos legais, as normas de segurança e medidas de protecção ambiental).

A sua realização centra-se, particularmente, na implementação e manutenção de um sistema integrado de gestão da qualidade e numa melhoria contínua da sua eficácia.

ETAPAS DA FORMAÇÃO PRÁTICA EM HEMODIÁLISE PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Para a iniciação correcta de um estágio em Hemodiálise, torna-se necessário demonstrar que existem aspectos a considerar ainda antes de iniciar a componente prática, tais como:

- Utilização adequada de equipamentos de protecção individual;
- Lavagem correcta das mãos, antes de entrar em contacto com o doente;
- Realizar observação e avaliação do doente pré-tratamento;
- Posicionar correctamente doente pré-tratamento;
- Efectuar avaliações periódicas durante o tratamento, e sempre que necessário, corrigi-las através de ensinamentos, ou cuidados de enfermagem ao doente.

1ª Etapa

1- Obter informação sobre o ambiente da sala de hemodiálise.

2- Integrar-se nos espaços físicos e ambiente de trabalho:

- Obter informação sobre funções e competências dos diversos colaboradores;
- Obter informação sobre condições de armazenamento de materiais, medicamentos, produtos de limpeza e lixos;
- Obter informação sobre produção de concentrados e produtos de limpeza;
- Obter informação sobre circuitos de pessoal, doentes, materiais, medicamentos e lixos.

3- Utilizar sistemas de informação disponíveis:

- Praticar utilização da base de dados “EuCliD”;
- Praticar utilização do “TDMS”.

4- Usar equipamentos e instrumentos envolvidos no tratamento de diálise:

- Praticar movimentos dos cadeirões de diálise;
- Testar equipamentos do carro de urgência;
- Testar glicómetro;
- Testar administração de oxigenoterapia.

5- Executar tarefas que proporcionem os primeiros contactos com os doentes e sistemas terapêuticos:

- Reunir informação sobre as rotinas dos turnos;
- Controlar pesagem pré e pós dialítica;
- Usar o “Pacient Card”;
- Praticar gestão de dados no “Therapy Monitor”;
- Avaliar sinais vitais;
- Praticar registos de enfermagem;
- Praticar registos de rastreabilidade de matérias, produtos e medicamentos;
- Manusear “set” de linhas de diálise;
- Preparar material necessário para os tratamentos de diálise (carro de apoio/tabuleiro);
- Preparar doses individuais de anti-coagulante;
- Reunir informação sobre normas de manuseamento dos sistemas terapêuticos-consulta de “Manual do Operador”.

2ª Etapa

1- Treinar utilização do Sistema Terapêutico 5008

1.1 Obter informação sobre principais constituintes do sistema 5008:

- Parte frontal: monitor, módulo de sangue extracorporal, hidráulica;
- Parte traseira: pega de transporte, conexão eléctrica e de rede, conectores dos desinfectantes, conectores hidráulicos, cabo equipotencial;

- Partes laterais: linhas e conectores do dialisante, “shunt interlock”, suportes de soros e de dialisador, câmara dos filtros do dialisante e detector de nível, suporte de manga de avaliação de tensão arterial;
- Monitor/Ecrã: botão ligar/desligar, botões de iniciar e parar a bomba de sangue, silenciadores de alarmes e indicadores de estado;
- Módulo de sangue extracorporal: bomba de sangue, bomba de heparina, unidades de leitura de pressão arterial e venosa, clampes arterial e venoso, detector de fugas de sangue, detector de ar, detector óptico, bomba de “HDF”, porta de líquido de substituição e porta de lavagem;
- Hidráulica: porta do “Bibag”, tubos de sucção do bicarbonato líquido e do ácido;
- Interface com o utilizador: filosofia de operação do interface, estrutura dos diferentes menus, cores e significados.

1.2 Preparar sistema terapêutico para tratamento:

- Ligar o monitor;
- Seleccionar e conectar concentrados;
- Iniciar o “Teste T1”;
- Montar circuito extracorporal;
- Conectar linhas do dialisante ao dialisador;
- Realizar lavagem do circuito extracorporal;
- Ajustar parâmetros do dialisante – menu dialisante;
- Treinar programação de perfis de sódio;
- Ajustar parâmetros de Ultrafiltração – menu UF;

- Treinar programação de perfis de Ultrafiltração;
- Ajustar parâmetros de heparinização – menu Heparina;
- Introduzir dados e calcular Volume de ureia – menu OCM;
- Treinar Ultrafiltração Isolada;
- Terminar a preparação.

1.3 Completar procedimentos referentes ao circuito extracorporeal:

- Observar passos para a conexão do doente ao circuito extracorporeal;
- Ajustar velocidade de bomba de sangue;
- Ajustar limites de alarme;
- Observar passos para a colocação do circuito extracorporeal em circulação;
- Testar botão de Emergência;
- Observar passos para substituição de um segmento das linhas durante o tratamento;
- Observar passos para a substituição do circuito extracorporeal durante o tratamento.

1.4 Processar alarmes:

- Distinguir entre: Mensagens de informação (cinzento), mensagens de aviso (amarelo) e alarmes (vermelho);
- Treinar aparcamento de mensagens;
- Ler mensagens de ajuda - botão “?”.

1.5 Observar procedimentos de reinfusão:

- Observar passos para reinfusão após “Objectivo do tratamento atingido” – menu Reinfusão;
- Observar passos para esvaziamento do dialisador;
- Observar passos para remoção do circuito extracorporeal.

3ª Etapa

1- Opção unipunção

- Montar sistema de linhas de unipunção;
- Ajustar parâmetros de unipunção – menu Unipunção;
- Baixar o nível da câmara de expansão;
- Alterar o tratamento para modo de unipunção;
- Observar passos para a realização de unipunção em monitor de bomba única: modo “click-clack”.

4ª Etapa

1- Conexão de Catéter Central

- Abrir e inspeccionar penso do catéter;
- Realizar desinfecção dos terminais do catéter;
- Realizar conexão de acordo com as «guidelines»;
- Realizar penso do catéter de acordo com as «guidelines»;
- Registar execução de penso e características do acesso.